# THERAPIE

VON

# NEURALGIEN UND NEUROSEN

DURCH

# HANDGRIFFE

VON

DR. MED. OTTO NAEGELI.

---

MIT 18 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN HOLZSCHNITTEN.

CARL SALLMANN
Verlagshandlung für Medicin und Naturwissenschaften
BASEL und LEIPZIG
1894.

22102128050

Med
K34998

# THERAPIE

VON

# NEURALGIEN UND NEUROSEN

DURCH

# HANDGRIFFE

VON

DR. MED. OTTO NAEGELI.

---

MIT 18 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN HOLZSCHNITTEN.

CARL SALLMANN
Verlagshandlung für Medicin und Naturwissenschaften
BASEL und LEIPZIG
1894.

Alle Rechte, insbesondere das Übersetzungsrecht in fremde Sprachen, vorbehalten.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll wellcOmec
Call
No WL

# Vorwort.

Die neue Behandlungsmethode einer Reihe von nervösen Störungen, welche ich in meiner gegenwärtigen Arbeit den Kollegen vorlege, besteht in einem System von Handgriffen, die modifizierend und umstimmend, direkt oder indirekt, auf Cirkulation und Innervation einwirken und dadurch im stande sind, gestörte Nerventhätigkeit wieder ns Gleichgewicht zu bringen.

Es sind rein physiologische Vorgänge, die sich während der Dauer unserer Manipulationen im Körper des Behandelten abspielen; die Handgriffe entfalten daher ihre Wirkung, ob der Patient die Intention des Arztes verstehe oder nicht erfasse, ob er in die Behandlungsweise Glauben setze oder sich dagegen skeptisch verhalte, wenn nur die Indikation richtig gestellt und die Ausübung der Prozedur eine korrekte und konsequente ist.

Überall habe ich versucht, auf Thatsachen gegründete Erklärungen der physiologischen Wirkung meiner verschiedenen Handgriffe zu geben; mögen dieselben angegriffen werden, dankbar nehme ich jede Belehrung entgegen, mache aber stets Front gegen den Denknihilismus, den die Schlagwörter Suggestion und Autosuggestion involvieren.

Es liegt in der Natur des behandelten Themas, das nur subjektive Empfindungen und Vorstellungen beschlägt, dass auch subjektive Eindrücke und Erwägungen bei den Schlussfolgerungen eine grosse Rolle spielen mussten, weil eben das physiologische Experiment gänzlich ausgeschlossen war. Strenge Selbstkontrolle und eine grosse Kasuistik hatten dafür in die Lücke zu treten.

Die Zahl meiner manuell behandelten Kranken übersteigt bereits das erste Tausend; die der ausgeübten Einzelmanipulationen geht über sechstausend.

Meine Erfolge sind von einer Reihe hervorragender Ärzte kontrolliert und anerkannt worden; insbesondere hat die Redaktion des „Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte“ zu wiederholtenmalen auf die wunderbare Wirkung meiner Handgriffe gegen Kopfschmerz hingewiesen.

Alle Manipulationen zeichnen sich aus durch Einfachheit und Schmerzlosigkeit bei ihrer Anwendung, sowie durch die Kürze der Zeit, während welcher sie ausgehalten werden müssen, ihre Erlernung bietet daher nicht die mindesten Schwierigkeiten. Dennoch kann ich nicht genug betonen, man möge sich ja genau an meine gegebenen Vorschriften halten und bei der Kritik berücksichtigen, dass erst eine längere Übung jene Sicherheit der Technik verschafft, welche die Vorbedingung eines erfreulichen Resultates ist.

Ich bin weit entfernt, meine manuelle Behandlungsmethode der Neuralgien und Neurosen als Universalmittel anzupreisen, halte aber dafür, es werde sich jeder Arzt glücklich schätzen, wenn er zur Beseitigung von derart schmerzhaften und lästigen Leiden jederzeit so durchaus einfache Mittel zur Hand hat, mit welchen er einer Grosszahl seiner Kranken sofort Linderung und Heilung verschaffen kann.

So zweifle ich denn nicht, dass mein kleines Werk überall Anklang und günstige Aufnahme finden wird und hoffe bald von vielen Seiten anerkennende und zustimmende Erklärungen in Empfang nehmen zu dürfen und recht zahlreiche Nachahmer zu finden.

Ermatingen, im Juli 1893.

Dr. O. Naegeli.

# Inhaltsverzeichnis.


| | Seite |
|---|---|
| Einleitung | 1 |
| Hirnhyperämie | 5 |
| Kopfstützgriff. KStG. | 8 |
| „ „ Handstellung | 10 |
| Der nervöse Kopfschmerz. | 17 |
| Der chronische nervöse Kopfschmerz | 21 |
| Nervendehnung, Etirage | 22 |
| Kopfstreckgriff, Redressement. KStrG.=R. | 30 |
| Migräne | 38 |
| Kopfknickgriff. KKG. | 45 |
| Schwindel | 52 |
| Brechreiz und Erbrechen | 58 |
| Zungenbeingriff. ZBG. | 58 |
| „ „ „ Hand- und Fingerstellung | 59 |
| Globus | 77 |
| Aphonia nervosa | 79 |
| Magenkrampf | 86 |
| Magengriff. MG. | 87 |
| Interkostalneuralgie | 92 |
| Mastodynie | 94 |
| Neuralgia lumbo-abdominalis | 95 |
| Coccygodynie | 96 |
| Neuralgien der Geschlechtsteile | 98 |
| Neuralgien der Extremitäten | 99 |
| Dehnung en masse | 100 |
| Ischias | 104 |
| Keuchhusten | 107 |
| Nervöse Schlaflosigkeit | 112 |
| Psychosen | 114 |

# Einleitung.

Motto: Die Medizin muss machen eine Wandlung
Von Therapeutik in Behandlung.

Im Gegensatze zu der stark entwickelten Tendenz der heutigen internen Therapie, das Heil der Kranken zu suchen in neugebildeten chemischen Formeln, in laienhaftem Breittreten alter medizinischer Disciplinen und aufgeblähten Modifikationen bekannter Methoden, möchte ich in folgendem die Heilkunde hinleiten auf einfache, physiologische Prozeduren, Handgriffe im richtigen Wortsinne, durch welche vorerst Störungen in der Cirkulation, dann aber auch in der Innervation, auf mechanischem Wege gehoben werden können.

Bei vielen und verschiedenartigen Krankheitsformen handelt es sich ja im Anfange oft nur um Veränderungen im Blutgehalt der betroffenen Organe, um Spasmus oder Paralyse der den Kreislauf regulierenden Nerven, manchmal bloss um veränderte Molekularzustände. Neuralgien, durch einmaligen Reiz erzeugt, bleiben sehr häufig noch lange Zeit bestehen, nachdem der Insult zu existieren aufgehört hat. Der Nerv befindet sich im Zustande der schwingenden Saite, das Gehirn hält die Erinnerung fest, weil es nicht einen Augenblick Zeit und Ruhe findet zur Nachkontrolle. Sind wir aber im stande, die vibrierende Saite zum Stillstand und das Centralorgan dazu zu bringen, sich von der Schmerzvorstellung frei zu machen, so fällt die Neuralgie dahin und ist bleibend geheilt, sofern die veranlassende Ursache nicht weiter fortbesteht.

Eine Reihe von unangenehmen, schmerzhaften und bedenklichen Erscheinungen resultiert aus Überfüllung oder Mangel von Blut im Gehirn. Auch hier überdauert oftmals der Folgezustand die Ursache um lange Zeit. Die Hyperaemia cerebri, activa et passiva, hat sich von alters her besonderer Berücksichtigung seitens der Ärzte zu erfreuen gehabt. Die Geschichte der Venaesectio ist Beweis für das Gesagte. Als man endlich zur Einsicht kam, dass die rohe Prozedur des Blutabzapfens grosse Ähnlichkeit mit der Keulentherapie der Veterinäre besitzt, konnte man doch keinen adaequaten Ersatz für den Aderlass finden und räumte ihm darum noch ein Stubeneckchen im Medizintempel ein. Ich werde zeigen und beweisen, wie mein Kopfstützgriff allen Indikationen einer Venaesectio genügt, ohne einen einzigen ihrer Nachteile zu besitzen.

Die Einführung der Massage in die Medizin war von eminent wohlthätiger Wirkung für viele Nervenleidende, aber von verblüffend minimem Effekt auf die Logik der Therapeuten. Die geschulte menschliche Hand hat eine schöne Reihe von Rezepten ausgewischt. Sie ist aber dazu berufen, noch weit mehr Arzneitöpfe zur Seite zu schieben zum Wohle der Kranken und zur Hebung des gesunkenen Ansehens des Ärztestandes.

Die Behandlung durch Hypnose hat sich in der Therapie ebenfalls einen Platz errungen; mit Recht ist sie aber in ihren Ansprüchen etwas zur Bescheidenheit hingedrängt worden, ohne dass ihr die Berechtigung, in gewissen Fällen einzugreifen, abgesprochen würde. Alles, was dazu dient, ihr den magischen Schein zu benehmen, wird von dem Arzte, der nur das Wohl seines Kranken im Auge hat und der sich nicht selbst im Zauberglanze spiegeln will, mit Freuden begrüsst werden. Die Manipulationstherapie wird in einer Reihe von Fällen den Hypnotismus mit Erfolg verdrängen. Wohl sehe ich voraus, dass man von verschiedenen Seiten her bald versuchen wird, einen Teil meiner Erfolge gerade durch Suggestion erklären zu wollen, es wird aber nicht gelingen, so wohlfeiler Weise sich über das ganze

neue System hinweg zu setzen. Wäre auch in einzelnen Fällen meine Behandlungsmethode nur eine Zuflüsterung an die Psyche, jedermann müsste zugeben, dass ihr präciser Satz eine ganz andere Sprache spricht als die gewundenen Perioden der Einschläferer.

Aber Mesmer besitzt hier kein Vaterschaftsrecht. Die Vorgänge, welche in Betracht fallen, sind rein physiologischer Natur. Kann auch nicht jede Einzelheit mit mathematischer Genauigkeit deduziert werden, Versuch und Kontrollversuch sind genügende und sichere Beweise.

Seit mehr als vier Jahren sind die einzelnen Manipulationen in hunderten von Fällen viel tausendmal erprobt worden. Gerade deshalb stelle ich sie nicht marktschreierischer Weise als Panacee auf, ihre Indikationen sind fest begrenzt, in den meisten Fällen wirken sie nur palliativ, wobei sie sich aber ganz wohl mit dem Grossteil der Arzneimittel messen können; gar oft aber führt Konsequenz in der Anwendung zu Erfolgen, welche die, durch Reklame zu Wundermitteln gezüchteteten Stoffe des Arzneibazars nicht zu erreichen vermögen.

Wenn meine Methode sich im eigentlichsten Sinne als Naturheilverfahren qualifiziert, so liegt es mir doch ganz ferne, den altbewährten Disciplinen der Medizin, besonders der Elektricität und Hydrotherapie, ihre Berechtigung in Behandlung der Nervenkrankheiten absprechen zu wollen und wenn ich bei einzelnen Krankheitsgruppen andere Behandlungsweisen nicht erwähne, so geschieht dies aus dem Grunde, weil ich einzig und allein im nachfolgenden die Leistungen meiner manuellen Therapie zu besprechen mir vorgenommen habe. Front gemacht wird aber überall soviel wie möglich gegen den Missbrauch mit Alkohol und Narkotica und die Modesucht in der Medizin.

Damit die Resultate meiner Manipulationen nicht von vornherein als räthselhaft und daher unwahrscheinlich erscheinen, mache ich gleich einleitend darauf aufmerksam, welche Bedeutung schon seit langer Zeit bei Hyperämien, Anämie und Neuralgien

gewissen Körperhaltungen — Aufsitzen, horizontale Lage, Vorwärts- und Rückwärtsneigung — und gewissen Stellungen z. B. in Krankheitszuständen der Extremitäten beigemessen wird.

Erinnert man sich daran, welche schmerzlindernde Wirkung schon die Hochlagerung eines entzündeten Gliedes hervorruft, so dürfte kaum jemand erstaunt sein über die Bedeutung, welche ich z. B. meinem Kopfstützgriff beimesse.

Die reihenweise Vorführung der verschiedenen Handgriffe und Prozeduren würde meine Arbeit zu schablonenhaft gestalten, für den praktischen Zweck derselben halte ich es für angemessener, die Krankheitsgruppen vorzunehmen, bei welchen meine Methode Anwendung finden kann und daran die Erklärung der Manipulationen zu knüpfen.

Die Grundlage für die weitere Entwickelung meiner Ansichten bietet die Behandlung der Blutüberfüllung des Gehirns; wir beginnen daher mit der Besprechung der Hirnhyperämie

## Hirnhyperämie.

Nehmen wir an, das Gehirn, oder, was das häufigere ist, seine Sinusse und Häute nebst Kopfschwarte seien mit Blut überfüllt, — ob durch aktive oder passive Hyperämie ist uns vorläufig gleichgültig — und die Blutanschoppung verursache alle diejenigen Erscheinungen, welche in den Lehrbüchern der Hirnhyperämie zugeschrieben werden, als da sind: Benommenheit, Kopfdruck, Schmerz, Delirien u. s. w.; was empfehlen uns die Autoren?

Kalte Umschläge, Eiskompressen oder Eisblase auf den Kopf, Blutegel an die Zitzenfortsätze, Schröpfköpfe in's Genick, Ableitungen auf den Darm in Form von Drastica, heisse Fussbäder, Senfbäder für die Hände, kalte Übergiessungen, innerliche Mittel, Säuren, Secale cornutum u. s. w. und zum Schlusse noch den galvanischen Strom oder einen kräftigen Aderlass. Die Kälte am Kopf soll durch Zusammenziehung der Blutgefässe daselbst das Blut wegdrücken, die Wärme und die Reizmittel an entlegenen Stellen durch Erzeugung von lokaler Hyperämie das Blut weglocken vom Kopfe und die Blutentziehungen durch Verminderung der allgemeinen Blutmasse auch diejenige im Gehirn reduzieren. Das entspricht allerdings in rationeller Weise der Indicatio causalis. Aber welches Quantum Blut wird wohl durch Kälteeinwirkung auf den Schädel aus dem Gehirne weggepresst, wie viel Blut fliesst bei einem heissen Fussbade vom Kopf nach den Extremitäten ab? Ein ruhiges Raisonnement muss uns dahin führen, zu ge-

stehen, dass nur ein ausgiebiger Aderlass der Indicatio causalis wirklich Genüge leistet. Aber nach kurzen Stunden haben wir wiederum dieselbe Blutmenge, welche aufs neue zum Schädel hinströmt. Darum perhorresziert die Mehrheit der modernen Ärzte die Venaesectio mit Fug und Recht; denn das überschüssige Blut ist nicht überflüssig, sondern nur am unrichtigen Orte. Könnten wir aber dasselbe auf unblutigem Wege sicher und direkt und wenn nötig wiederholt weg drainieren, dann wäre dem Patienten rationell geholfen. Das aber sind wir zu leisten im stande.

Stellen wir uns vor, die ganze Schädelhöhle sei mit Flüssigkeit gefüllt, die ableitenden Röhren, die Venen, in specie die v.v. jugulares internae et externae und vertebrales, wären in die Kapsel eingesetzte Gummischläuche, welche in einem Kautschukballon endigen. Der Abfluss aus der Kapsel wird ceteris paribus um so leichter von statten gehen, je mehr Fall vorhanden ist, je weiter die Lumina der Schläuche und je weniger gebogen oder geknickt diese letzteren sind. Durch einen S-förmig gekrümmten Schlauch fliesst nach dem Gesetze der Statik das Fluidum, langsamer als in einem geraden Rohre wegen der vermehrten Reibung an den Wandungen des gebogenen Kanals.

Im gewöhnlichen Zustande, ob wir stehen, sitzen oder liegen, ist unsere Halswirbelsäule, zusammengedrückt durch das Gewicht des Schädels, eingesteckt, gepresst; sie übernimmt den Hauptteil an der Paralysierung des Druckes, weshalb sie bedeutend mehr als die Brustwirbelsäule in ihrer Länge reduziert wird. Mit ihr zugleich werden aber auch die Halsblutgefässe, wegen ihrer Struktur und ihres Verlaufs besonders die Venen, gedrückt und gebogen. An fettarmen Hälsen alter Leute ist die Verbiegung an der Vena jugularis ext. meist sehr schön zu sehen. Die, gewöhnlich auch stark verdickte, Drosselblutader bildet häufig ein förmliches S romanum, wie wir es an Fig. 1 deutlich erkennen.

Ich habe eine Reihe von Messungen vorgenommen, welche ergaben, dass der Hals jüngerer Individuen durch Heben des Kopfes mit Händekraft um 3 bis 5 cm gehoben werden kann,

wenn das Versuchsobjekt sich in gewöhnlicher, lässiger Stellung hält. Reckt der Untersuchte seinen Hals aus eigener Muskelkraft, so ist immerhin noch eine Ausdehnung des Halses um 1,3—1,8 cm durch die Händekraft einer Drittperson zu erzielen, ohne dass dabei Gewalt angethan oder Schmerz verursacht würde.

Mit dem Strecken des Halses werden auch die Venenrohre gerade gerichtet, ihr Lumen, das vorher einen ovalen Querschnitt besass, gestaltet sich kreisförmig, dadurch wird die Kapazität des Schlauches selbstverständlich erhöht, die Reibung aber im gerade gestreckten Kanal vermindert. Diese Momente müssen ein rascheres Abfliessen der intracraniellen Flüssigkeit in hohem Grade ermöglichen und begünstigen. Dazu kommt, dass die Flüssigkeit im arteriellen Systeme einen um 15—50 mm längeren Weg, dem Gesetz der Schwere entgegen, nach dem elevierten Schädelraum zu durchlaufen hat, was den Blutzufluss erschwert, während eben diese Quote dem Rückfluss zu Gute kommt.

Die Gesetze der Statik und der Schwere beherrschen den lebenden Körper wie den leblosen Gegenstand, sie können daher ohne Bedenken auf unseren Fall angewendet werden; die Schlussfolgerung, welche wir aus ihnen ziehen, muss uns das am Menschen unmögliche Experiment ersetzen.

Auf diese Gründe und Erwägungen gestützt, gelangte ich zu dem Handgriff, den ich bezeichne als Kopfstützgriff, KStG.

## Kopfstützgriff KStG.

Die Ausführung desselben gestaltet sich folgendermassen:

Der Kranke sitzt vor dem Arzte auf einem Stuhle, so dass er dem Behandelnden den Rücken zukehrt; liegt der Patient im Bette, so stellt sich der Manipulierende hinter das Kopfende der Bettstatt. Als „Operationsstuhl" ist ein Lehnstuhl mit bis an die Schultern des Kranken reichender Lehne am zweckmässigsten,

Der Arzt setzt sich wo es angeht hinter seinen Klienten, eine Uhr mit Sekundenzeiger liegt, gut sichtbar, ihm zur Seite. Mit beiden Händen unterfasst er den Kopf des zu Behandelnden, den Ohrmuscheln ausweichend, umspannend. Die flach aufgelegte Hand schmiegt sich der Wange und Schläfe an, die Fingerspitzen berühren die Stirn, der Daumenballen fasst den Kieferwinkel und lässt hier die grösste Kraftentfaltung einwirken, während der Daumen hinter dem Processus mastoideus auf dem Planum nuchale sitzt und an der, individuell mehr oder weniger deutlichen, Linea nuchae inf. Halt sucht.

Die quergestellten Vorderarme lehnt der Behandelnde am besten auf die Achseln des Patienten, oder, wo dies nicht geht, auf die Stuhllehne auf. Dem Kranken wird eingeschärft, seinen Kopf möglichst mobil, „als ob er ihn gar nichts mehr angehe", zu halten, der Arzt aber schiebt denselben in sanftem, stetem und kräftigen Rucke in die Höhe und fixiert ihn im Stadium der grösstmöglichen Halsdehnung eine, anderthalb bis zwei Minuten, ohne nachzugeben in seiner Kraftentwickelung. Fig. 2

zeigt die Hand- und Armstellung dabei an. Ist die vom Arzt zum voraus bestimmte und immer nach der Uhr kontrollierte Zeit (bei approximativer Schätzung täuscht man sich stets in der Weise, dass man viel zu kurz manipuliert) verflossen, so lässt

Fig. 1.

V. j. Vena jugularis externa bei einer alten, mageren Frau in situ.

man den unterstützten Kopf langsam zurücksinken und zieht beide Hände gleichmässig weg. Zu vermeiden ist selbstverständlich jeder Druck auf die Halsblutgefässe, ebenso das schmerzhafte Zusammenpressen der Ohrmuscheln (acht geben bei Ohrringen!), sowie das Einbohren der Nagelglieder des Daumens in

die Kopfhaut, was vom Behandelten sehr unangenehm empfunden würde. Man hat überhaupt zu trachten, die ganze Manipulation leicht und fein, ich möchte sagen mit einer gewissen Eleganz auszuführen, was allerdings erst durch vielfache Übung erreicht

Fig. 2.

Kopfstützgriff. Handstellung.

wird, dann hat aber auch der Kranke nicht das mindeste unangenehme Gefühl, während bei rohem Verfahren man auf Einspruch gefasst sein muss.

Fig. 3 zeigt die gegenseitige Stellung von Arzt und Behandeltem beim KStG.

Dieselbe Prozedur kann natürlich auch mit Untergriff ausgeführt werden. Der Arzt fasst dabei den Unterkiefer des Kranken beiderseits mit voller Hand und zieht den Kopf desselben in die

Höhe, der Patient sitzt, während der Arzt steht. Die Manipulation, auf diese Weise ausgeführt, ist aber für den Arzt anstrengender und, weil Zug und Gegenzug weniger gleichmässig ausgeführt werden können, in ihrem Erfolg unsicherer.

Fig. 3.

Kopfstützgriff KStG. Stellung von Operateur und Patient.

Die Wirkung des Kopfstützgriffes auf den Blutkreislauf kann am Lebenden ganz hübsch ad oculos demonstriert werden.

Fig. 1 hat uns das Bild einer 75jährigen mageren Frau vorgeführt, welche sich eine recht ansehnliche, etwa kleinfingerdicke Vena jugularis externa mit Sförmiger Krümmung zu eigen nennt. In Fig. 4 ist das Bild zu sehen, welches die Photographieplatte während des Handgriffes aufgenommen hat. Um die Halsgefässe

deutlich zur Ansicht zu bringen, musste Hand- und Fingerstellung etwas modifiziert werden. Man wird sofort bemerken, wie die äussere Drosselblutader gerade gestreckt an Volumen abgenommen hat. Ist auch ein Teil dieses Verhaltens auf die Dehnung der Halshaut zurückzuführen, so ist doch unverkennbar, dass der Hauptgrund der Veränderung dem Blutabfluss zuzuschreiben ist. Noch beweisender für die Wirkung des KStG. auf direkte Ableitung des venösen Blutes im Kopfgebiete ist die Thatsache, dass man bei älteren Leuten die prägnanten, geschlängelten Schläfenvenen während der Dauer des Handgriffes deutlich sich entleeren sieht. Besonders schön gestaltet sich der Versuch aber bei kleinen, etwa $^3/_4$ jährigen Kindern mit spärlichem Haarwuchs und ausgedehntem blauen Venennetz über der Kopfhaut. Da kann man beobachten, wie die Hohladern sich verkleinern und ihre bläuliche Farbe verlieren — oft sogar während das Kind noch schreit — unter dem Einfluss des KStG.

Die Einwirkung auf den Blutkreislauf ist bei einem so komplizierten Mechanismus, wie ihn der menschliche Körper darstellt, nicht das einzig wirksame Moment unseres Verfahrens. Die Dehnung einer grossen Anzahl von Halsnerven und Muskeln ist ganz sicher von nicht zu unterschätzendem Einfluss, direkt und reflektorisch, auf die Kopfnerven und muss mit in Berücksichtigung gezogen werden zur Erklärung einer Reihe von Erscheinungen, welche aus dem KStG. resultieren.

Wird die Manipulation zu lange Zeit fortgesetzt, oder bei sehr anämischen und sensibeln Personen praktiziert, so sehen wir häufig Schwindel und Ohnmachtsgefühl entstehen, Zufälle, wie sie bei Hirnanämie eintreten, uns aber wiederum ein Beweis von der Richtigkeit der Annahme, dass durch KStG. Blutleere im Gehirn erzeugt wird.

Wenn sich auch diese Zufälle nach Aussetzen des Verfahrens stets rasch wieder verlieren, erwächst für den Arzt aus solchen Erfahrungen doch das Gebot, die individuellen Verhältnisse genau zu würdigen, seine Diagnose richtig zu stellen und die Prozedur nicht zu lange auszudehnen. Eher ist es gestattet, wenn der ge-

wünschte Erfolg nicht eingetreten ist, nach fünf bis zehn Minuten den Handgriff zu wiederholen.

Dem physiologischen Vorgang entspricht der therapeutische Effekt.

Fig. 4.

Einfluss des Kopfstützgriffes auf die Halsvenen. Vergl. Fig. 1.

In weitaus der Mehrzahl der behandelten Fälle schwinden schon während oder bald nach Beendigung der Prozedur die lästigen Erscheinungen der Hirnkongestion. Es ist das erreicht, was sonst nur ein Aderlass mit ähnlicher Promptheit bietet. Es giebt

Kranke, welche schon während der Manipulation behaupten, sie haben die Empfindung als fühlten sie ein Herabrieseln von Blut aus dem Kopfe; etwas Autosuggestion mag dabei wohl im Spiele sein. Eine Erleichterung im Kopfe, ein Nachlassen von Kopfdruck und Schmerz ist bei richtig gewählten Fällen fast ausnahmslos zu konstatieren. Das Kopfweh ist vielmal wie weggeblasen, die Benommenheit geschwunden, ja Delirien in Fieberzuständen weichen auf kürzere oder längere Zeit.

Einige Beispiele aus zahlreicher Kasuistik mögen den Erfolg des KStG. bei Hirnhyperämie illustrieren.

Nr. 1. D. J., Metzger in T.. 46 Jahre alt, hat drei Wochen vor meinem ersten ärztlichen Besuche auf seinen Hausierwegen sich einen Typhus geholt. Bisher war ein auswärtiger Quacksalber gebraucht worden. Ich treffe am 2. April 1892 den Kranken mit Fieber von 39.5. P. 120, mit Meteorismus, blutiger Diarrhoe, Tumor, Dysurie, in hochgradiger Prostration. Die vornehmlichste Klage ist die über den eingenommenen, schweren, dummen Kopf. Kopfstützgriff im Bett während 90 Sekunden. Patient erklärt sofort, „er sei wie neugeboren“. Die Erleichterung hält eine halbe Stunde an. Am folgenden Tage Wiederholung derselben Prozedur, das Hellsein im Kopfe dauert bis gegen Abend, wo der Griff repetiert wird mit dem Erfolge, dass die Nachtdelirien viel schwächer werden. Während sechs Tagen wird dasselbe Verfahren regelmässig zweimal täglich wiederholt, trotz unverändertem Fieberzustand und fortschreitendem Darmprozess bessert sich das Befinden im Kopf derart, dass vom siebenten Tage an die mechanische Behandlung eingestellt werden kann. Der Kopf bleibt frei bis zum Exitus, welcher am 23. d. M. infolge Darmperforation erfolgte.

Nr. 2. S. A., Maurer, 18 J. alt, litt an akutem Magendarmkatarrh mit typhoidem Fieber von 39.3—40 T. und P. von 120—140. Die Nächte sind sehr unruhig, tobende Delirien besonders am 6. und 7. Krankheitstage, den 12. und 13. Nov. 1892, während meiner Abwesenheit von Hause. Bei meiner Rückkehr am 13. Nov. abends 7 Uhr treffe ich den Kranken bei einer T. von 39.2 und P. von 124 in vollständigem Delirium. Er kennt weder mich noch seine Angehörigen, spricht unsinniges Zeug, ist kaum für einen Augenblick aus der Verwirrung aufzurütteln. Die Angehörigen erklären, er hätte förmlich getobt und beständig fort wollen, sie drängen auf Versetzung in's Irren-Spital. KStG. während zwei Minuten. Sofort ändert sich das Bild, der Patient wird ruhig, spricht verständig, erkennt seine Umgebung und erklärt, sein Kopf sei leicht und frei. Er schläft die ganze Nacht ohne zu delirieren und geht baldiger Besserung entgegen. Ein Medikament hatte er nicht bekommen; Kälte wurde nach dem KStG. keine angewendet.

Wenn ich auch annehme, dass die Krisis der Krankheit auf den betreffenden Tag fiel, die Delirien vielleicht gegen Mitternacht so wie so aufgehört hätten, so ist doch bei grösster Skepsis der Einfluss des KStG., der hier wie ein physikalisches Experiment wirkte, nicht wegzudisputieren.

Nr. 3. F. A. v. M., 9 Jahre alt, hat unter gastrischen Erscheinungen und Fieber den ganzen Tag des 3. Okt. 1892 so heftige Kopfschmerzen, dass er laut stöhnte und jammerte. Bei meinem Besuche, abends 8 Uhr, liegt der Knabe mit stark gerötetem Gesicht, einen kalten Umschlag auf der Stirn, weinend im Bett. Ich messe 39.5 T. Bereits während der Manipulation des KStG. heitert sich das Gesicht des Kleinen zusehends auf und nach $1^1/_2$ Minuten bricht er lachend in die Worte aus: „jetzt habe ich kein Kopfweh mehr!". Trotzdem sich die Temperatur die ganze Nacht über auf $39^0$ behauptete, war und blieb der Kopfschmerz verschwunden.

Nr. 4. L. A., 8 Jahre, in T. Während einer starken Masernepidemie im Dez. 1892 und Jan. 1893 erkrankte eine Reihe Kinder unter heftigem Initialfieber mit Kopfschmerz und Delirium, so auch die kleine Patientin am 2. Dec. 1892. Den Kopfschmerz beseitigte ich bei meinem ersten Besuche; unterdessen kamen aber die unruhigen Nächte, die Kleine sass und stand im Bett auf und sprach beständig vor sich hin. Ich lehrte den Vater die Anwendung des KStG. bei seinem Kinde und gab ihm Weisung, jedesmal, wenn das Mädchen unruhig werde, die Manipulation eine Minute lang auszuführen. Der intelligente Mann befolgte genau meine Anordnung. In der nächsten Nacht wurde die Kranke etwa alle zwei Stunden behandelt mit dem Erfolge, dass ein relativ ruhiger, von Delirien fast ganz freier Schlaf bewerkstelligt werden konnte. In der zweiten Nacht war es nur noch zweimal nötig, die Unruhe mechanisch wegzuscheuchen.

Nr. 5. F. F., 8 Jahre, in S. Jan. 1893. — Das sehr nervöse Mädchen delirierte bei hohem Masernfieber (40—40.8) sehr heftig. KStG. durch den seit langem für Kopfschmerz bei seiner Frau instruierten Vater. Das Kind wird jedesmal sofort klar im Kopf und fällt bald darauf in ruhigen Schlummer, von Delirium keine Spur.

Nr. 6. M. B., 4 Jahre, in E. Jan. 1893. — Masernpneumonie. — Nach abgelaufenem Masernexanthem bildete sich eine doppelseitige Lungenentzündung aus. Das Kind geniesst absolut nichts, nimmt nie einen Löffel voll Medizin, trinkt zuletzt nicht einmal mehr Wasser. Am zehnten Krankheitstage treten heftige Konvulsionen, besonders klonische Krämpfe der oberen Extremitäten, auf. KStG. zweimal am Morgen in Intervallen von zehn Minuten, je 70 Sekunden lang, beseitigt die Konvulsionen gänzlich, trotz Fortschreiten der Krankheit, welche nach drei Tagen den Tod herbeiführt, keine Spur von Gichtern mehr.

Es mögen die angeführten Fälle genügen zur Illustration der Wirkung des KStG. auf das blutüberfüllte Hirn bei den verschiedensten Krankheitsformen. Meine zahlreichen Erfahrungen haben zweifellos festgestellt, dass man durch den Kopfstützgriff im stande ist, in fieberhaften wie fieberlosen Krankheitszuständen das Blut so gut oder besser als durch eine Venaesectio vom Kopfe abzuleiten. Es steht durchaus nichts im Wege, das Verfahren, wenn die Umstände dies erheischen, beliebig oft zu wiederholen, da die Blutmasse dem Körper erhalten und kein Teil

desselben geschädigt wird. Jedoch ist das oben Angeführte nur ein Teil des Heileffektes, den man durch die Manipulation des Kopfstützgriffs erzielen kann.

Wir haben bereits gesehen, wie die Cephalalgien beim Initialfieber akuter Krankheiten durch KStG. günstig beeinflusst werden können. Ich hebe noch besonders hervor, dass nach Beobachtungen von mir und anderen in den Influenzaepidemien von 1889/90 und Frühjahr 1893 wiederum der bekannte Influenzakopfschmerz in mehr als hundert von Fällen rasch und sicher weggezaubert wurde, meist war dazu nur eine Sitzung von 90 Sekunden notwendig. Von einer psychischen Beeinflussung dabei konnte um so weniger die Rede sein, da in vielen Fällen nicht die mindeste Andeutung darüber gemacht wurde, um was es sich bei der Manipulation handle.

Eine grosse Anzahl von Cephalalgien anderer Provenienz ist aber der Behandlung durch KStG. ebenfalls zugänglich, bei einer anderen Reihe sind noch weitere Manipulationen erforderlich. Um dies im einzelnen zu zeigen, treten wir gerade ein auf die Krankheitsbilder.

## Der nervöse Kopfschmerz.

Migräne, Neuralgien des Trigeminus und der Occipitalnerven, sowie den chronischen, nervösen Kopfschmerz späterer Besprechung vorbehaltend, wollen wir zunächst nur das Alltagsleiden ins Auge fassen, welches irgend einer Gelegenheitsursache entstammend, so zu sagen aufgeht im Symptom Kopfschmerz. Ausgeschlossen sind damit von vorherein alle Cephalalgien, welche aus einer organischen Veränderung, sei es des Kopfes und seiner Organe, sei es des übrigen Körpers, hervorgehen.

Das gewöhnliche, nervöse Kopfweh beruht zumeist auf unbedeutenden Cirkulationsstörungen im Schädel oder auf Verstimmungen im Nervensystem selbst, welche durch Reflex dem Gehirn und der Kopfhaut übermittelt werden. Geistige und körperliche Überanstrengung, Erhitzung wie Verkühlung, Magen- und Darmstörungen, Schlaflosigkeit sowohl als fester Schlaf, Kummer, Verdruss, psychische Alterationen und hundert andere kleine und kleinliche Gründe erzeugen das ebenso lästige wie häufige Übel.

Hier ganz besonders gilt der Satz von der tönenden Saite, welche noch nachklingt, wenn die Taste schon längst wieder zur Ruhe gekommen ist, darum genügt so häufig die palliative Behandlung der Kausalindikation.

Ein wirklich unvergleichliches Mittel, diesen ephemären Kopfschmerz zu bannen, haben wir in der Hand im Kopfstützgriff. Der schwere Kopf, der brummende Schädel, der intensive, quälende

Schmerz, alles verschwindet in 90% der Fälle wie weggezaubert unter der das Haupt hebenden Hand des Arztes. Zumeist genügt eine einzige Sitzung von 70—90 Sekunden Dauer zur vollkommenen Heilung. Vorsichtshalber wird man aber den Patienten nicht vor einer Viertelstunde entlassen, weil hie und da einmal der Schmerz wieder aufs neue sich regt, um beim leisesten Anklang den Kopf nochmals und definitiv zurechtzusetzen. Beim Durchlesen dieser Zeilen wird es jedem Kollegen an Gelegenheit kaum fehlen, sich von der Richtigkeit meiner Angaben durch Versuch sofort zu überzeugen. Im Hinblick darauf wiederhole ich Frühergesagtes und betone, dass man sich genau an meine Vorschriften halten möge. Jüngere Individuen und Frauen mit ihren gracilen Köpfen sind im allgemeinen leichter zu behandeln und reagieren prompter als Männer und alte Leute mit starrem Nacken und gewichtigen Häuptern, die schon mechanisch grösseren Widerstand bieten und höheren Kraftaufwand erheischen.

Bei kleinen Kindern, welche bekanntlich kaum zu hypnotisieren sind, bleibt ein flotter Erfolg des Handgriffes selten aus.

In der Medizin giebt es aber keine Schablonen, nach welchen man nur zu handeln braucht um richtig behandelt zu haben. Tritt der Fall ein, dass unser KStG. nicht nur keine Erleichterung brachte, sondern sogar den Schmerz noch vermehrte, was hie und da wirklich geschieht, so sind wir durchaus nicht am Ziele unserer Wissenschaft angelangt. Bleiben wir uns doch stets bewusst, dass das Heben des Kopfes nur einen depletorischen Einfluss auf das Gehirn und eine nervenumstimmende Wirkung durch Dehnung der Halsnerven haben kann.

Handelt es sich hauptsächlich darum, den Magenreiz auszuschalten, so besitzen wir im Zungenbeingriff, den wir später (S. 58) kennen lernen werden, ein fast sicheres Mittel hiefür und erfordert der Fall eine potenzierte Wirkung des KStG.s, so bietet uns das Redressement (S. 30) das Gewünschte, während in Fällen von exquisiter Hirnanämie nur der Knickgriff (S. 45) den erwarteten Erfolg verschafft.

Aus der langen Reihe von hieher gehörenden Krankengeschichten greifen wir nur einzelne typische Bilder heraus.

Nr. 7. A. E., zehn Jahre alt, klagt seit ein paar Tagen über Bauchweh (Würmer) und anhaltenden Kopfschmerz, KStG. 70 Sekunden, — das Kopfweh ist bleibend verschwunden.

Nr. 8. R. B. in K. 18 Jahre alt, Pflegerin ihrer an Tuberkulose leidenden Mutter und daneben bis spät in die Nacht nähend; blutarm und nervös, bekommt von Zeit zu Zeit Attaquen von unausstehlichem Kopfweh. KStG. entfernt jedesmal in einmaliger Anwendung den Schmerz mit Sicherheit so lange, bis neue Schädlichkeiten denselben wieder hervorrufen. Auch der durch Hirnkongestion und Kohlenoxydgas nach Plätten mit dem Kohleneisen entstandene Kopfschmerz wird durch den K. St. G. prompt beseitigt.

Nr. 9. K. K. Gerber, 48 Jahre alt, in St., leidet infolge heftigen Katarrhs den ganzen Nachmittag an quälendem, allgemeinem Kopfschmerz. Gesicht stark gerötet, Patient ist sehr missgestimmt, unfähig irgend was zu unternehmen. KStG. zwei Minuten, sogleich ist der Kopf leicht und frei, ich treffe den Mann zwei Stunden später wieder, er versichert mich seines fortdauernden Wohlbefindens.

Nr. 10. A. K. in E., 38 Jahre alt. Nähterin, früher psychisch alteriert. Bei einem Besuche, welcher einem anderen Familiengliede gilt, finde ich Patient mit verbundenem Kopf und trüber Miene, über Kopfweh klagend, dasitzend. Ohne ein Wort der Erklärung fasse ich ihren Kopf und führe den KStG. während 90 Sekunden aus, worauf die Kranke ausruft: „das ist jetzt sonderbar!“ und auf meine Frage, was denn da Sonderbares sei, entgegnet: „ich habe ja kein Kopfweh mehr!“

Nr. 11. F. L., Dr. med., 27 Jahre alt. Klagt bei einem Freundschaftsbesuche über Eingenommenheit und Schmerz im Kopfe, was er geistiger Überanstrengung zuschreibt. Gleich setze ich mich hinter ihn und mache KStG. von $1^1/_2$ Minuten Dauer. Patient hat sofort das Gefühl der Erleichterung, das Kopfweh ist dauernd weggewischt.

Nr. 12. D. J., Händler von R., 27 Jahre alt. Ein etwas schwächlicher, nervös veranlagter Mann, stellt sich in meiner Sprechstunde mit der Angabe, er leide schon mehrere Tage an heftigem Kopfschmerz, ohne dessen Ursache zu kennen. Sein Gesicht ist sehr gerötet, die Conjunctiva bulbi injiziert. KStG. 90 Sekunden, nach zehn Minuten wiederholt. Der Mann geht ohne Kopfschmerz heim und bei einem zufälligen Zusammentreffen acht Tage nachher versichert er mich, seither schmerzfrei geblieben zu sein.

Nr. 13. Fr. A. M. in E., 29 Jahre alt. — Gravida. — Während der ganzen Dauer der Gravidität wurde die Frau von Kopfschmerzen sehr geplagt. Bei meinem Besuche im Okt. 1892 klagt sie über ihre zwei Tage ohne Unterbrechung fortbestehende Cephalalgie. Keine Digestionsstörung, überhaupt ein anderer Grund als die Gravidität nicht erfindlich. K. St. G. einmal 90 Sekunden. Der Schmerz verschwand sofort und die Frau hat auf Tage hin Ruhe. Bei einem späteren Recidiv ist die Wirkung der Manipulation eine ebenso sichere und nachhaltige.

Nr. 14. Frl. St. A., 19 Jahre. Infolge angestrengter Thätigkeit in heisser Küche heftige Kopfkongestion mit allgemeinem Kopfweh. Redressement 70 Sek.

mit dem erwünschten Effekt; acht Tage später aus derselben Ursache wieder aufgetauchter Scheitelschmerz weicht dem Kopfstreckgriff ebenso prompt.

Nr. 15. Frl. R. B., 20 Jahre. — Kellnerin. — Von einem Fest heimkehrend, wo aller Arten aufregende Faktoren, nicht zum wenigsten auch Alkohol, auf sie eingewirkt hatten, klagt Patient über intensiven Schmerz im ganzen Kopf. Patient sieht sehr erhitzt aus. Zungenbeingriff mit nachfolgendem Redressement machen den Kopf wieder frei, die Gesichtsröte schwindet allmählich und das Frl. kann wieder den ganzen Abend ungestört ihren Dienst versehen.

Nr. 16. A. M., 41 Jahre alt. — Hausfrau, hysterisch veranlagt, hat seit längerer Zeit schon, besonders am Morgen, heftige Kopfschmerzen unbekannter Provenienz.

Zungenbeingriff und Kopfstreckgriff bringen in einer Sitzung die Algie zum Schwinden. Nach drei Tagen sehe ich die Patientin wieder, sie erklärt bisher ganz frei von Kopfschmerz geblieben zu sein.

Nr. 18. Frl. L. E., Hauspat., 26 Jahre alt, verspürt nach schlafloser Nacht schweren Kopf mit heftigen Schmerzen. KStG. $1^1/_2$ Minuten, einmal appliziert, bringt ihr Wohlbefinden.

Nr. 19. S. B., Hausfrau in T., 34 Jahre alt. — Hysterica mit Neigung zu Melancholie, hat häufige, lange anhaltende Hinterhauptschmerzen, welche ihre Verstimmung stets vermehren. Da ich ihr zu wiederholten Malen durch den KStG. Erleichterung und Ruhe verschaffen kann, instruiere ich den Mann, vorkommenden Falls seiner Frau mit dem KStG. zu Hilfe zu kommen, was ihm mit bestem Erfolge gelingt. Es sind seither etwa anderthalb Jahre verflossen, die Kopfschmerzen sind ganz selten, aber die Gemütsverfassung der Frau eine viel bessere geworden.

## Der chronische nervöse Kopfschmerz.

Der habituelle Kopfschmerz, dem tieferes organisches Leiden nicht zu Grunde liegt, entwickelt sich zumeist auf anämischer und hysterischer Basis. Bei erblich belasteten, sogenannten nervös beanlagten Personen, bei Individuen, welche durch körperliche und geistige Überanstrengung, Excesse und Inanition, nervenschwach oder, wie man jetzt emphatisch sagt, neurasthenisch geworden sind und endlich bei Menschen, die man in gewisse schädigende Beschäftigungen und Haltungen hineinzwängt (Schüler, Schreiber, Nähterinnen), entsteht mit der Zeit ebenfalls gar oft der nervöse, chronische Kopfschmerz. Auch im Gefolge der meisten Leiden der Nervencentralorgane, von gewissen Magenerkrankungen, habitueller Stuhlverstopfung, chronischen Herz- und Nierenkrankheiten und verschiedener Dyskrasien schreitet der anhaltende Kopfschmerz einher.

Die alte therapeutische Regel, zuerst die Krankheitsursachen zu beseitigen, wird auch von uns vor allem hochgehalten, erweist sich aber besonders bei der letzten Kategorie von Fällen gar häufig als pium desiderium. Wir sind daher vielfach auf die palliative Therapie allein angewiesen. Zuweilen leistet die mechanische Behandlung hier noch bemerkenswerte Dienste. Während zwei Jahren behandelte ich z. B. eine ältere Frau mit Insufficienz der Mitralis, bei welcher ich den chronischen Kopfschmerz und die Hirndruckerscheinungen durch KStG. jeweils auf längere Zeit hin ausschalten konnte. Bei Nierenkranken

mit chronischem Hinterhauptschmerz hingegen hatte ich keinen Erfolg.

Bei der Einfachheit und Ungefährlichkeit des Verfahrens möchte ich doch empfehlen, auch Fälle, die unheilbarem Grundübel entstammen, der Handgriffbehandlung zu unterstellen, dem Arzte es überlassend, jeweils die passend scheinende Manipulation zu wählen.

Wo es sich aber um Fälle handelt, die zwar schon den verschiedenartigsten Mitteln und Methoden getrotzt haben, jedoch nicht auf einem inkurabeln Leiden basieren, da kann eine richtige und konsequente Anwendung meiner Behandlungsweise noch zu schönsten Erfolgen führen. Um dieselben zu erreichen, fand ich es zweckmässig, meine Handgriffe mit einer Art Massage zu kombinieren.

Bei den chronischen Cephalalgien entwickeln sich in der langen Dauer der Krankheit nicht nur empfindliche Stellen an Muskelansätzen, Suturen und Periost, sondern es bilden sich ganz gewöhnlich auch exquisit hyperästhetische Hautpartien aus. Sie verdanken ihr Entstehen den Innervations- und Nutritionsstörungen, welche den anhaltenden Schmerz bedingen und begleiten. Hier sind die Veränderungen bereits schon so stabil geworden, dass selbst die durch eine Manipulation erleichterten Cirkulationsverhältnisse daran nichts mehr zu ändern vermögen. In diesen Fällen hat sich mir ein Verfahren bewährt, welches ich als kutane **Nervendehnung** oder **Etirage** bezeichne.

Während das von Nussbaum vor circa 20 Jahren in die Chirurgie eingeführte Verfahren der blutigen Nervendehnung mehr und mehr verlassen wird[1]), da in seinem Gefolge oft Zerreissung der Nervenfasern und Verwachsungen des Nervenstammes mit umliegenden Gewebsteilen und dadurch Lähmungen, resp. vermehrte Algien, sich einstellten, kann ich die unblutige, kutane

---

[1]) Benedikt redet ihr zwar neuerdings wieder das Wort, besonders bei tabetischen Algien.

Nervendehnung, mittelst Finger und Händen ausgeübt, als schmerzstillendes Mittel nicht genug empfehlen.

Am Kopf findet sie besonders bei erkrankter Stirnhaut vielfache Anwendung. Ich führe sie folgendermassen aus: Die Fingerspitzen der vier Finger werden in eine gerade Linie und

Fig. 5.

Etirage mit Bildung von Hautfalten.

einander in Opposition gestellt. Die Haut wird in sanftem Zuge angezogen und während 10—40 Sekunden gestreckt erhalten oder in raschem Rucke schnellend gedehnt. Mit den beiden Daumen, welche man der Länge nach auf die Haut legt und in Opposition zu einander bringt, kann die Manipulation ebenfalls sehr gut ausgeführt werden. Zuweilen ist es recht zweckmässig,

eine Hautfalte zu bilden und an dieser die Dehnung zu vollführen, wie Fig. 5 es darstellt. Dabei ist ein Quetschen der Haut sorgfältig zu vermeiden.

Je nach Lokalität und Heftigkeit des Schmerzes muss das Verfahren sanft oder energisch sein, kurze oder längere Zeit seine Anwendung finden.

Beim Stirnkopfschmerz wird es stets als sehr wohlthuend empfunden und kann da füglicherweise gleich mit dem Kopfstütz-

Fig. 6.

Etirage ausgeübt während des Kopfstützgriffes.

griff kombiniert werden, Fig. 6 zeigt dies klar ohne weitere Auseinandersetzungen.

Auf die Idee, die Hautnervendehnung bei Hyperästhesien der Schädelhaut anzuwenden, kam ich durch Erfahrungen, welche ich mit der Massendehnung machte an knochenlosen Körperteilen, an Mamma, Penis, Ohrmuschel und Nasenspitze.

Die Erfolge werden am besten durch ein paar Krankengeschichten illustriert.

Nr. 20. S. K., 61jähriger Schuster in T., hat schon seit mehreren Monaten heftige, stundenlang andauernde Schmerzen in der linken Ohrmuschel, immer nur nachts. Im Oktober 1891 interveniert endlich die Frau. Des nächtlichen Stöhnens und Jammerns ihres Mannes müde, sucht sie Abhilfe beim Arzt, weil sie selbst immer im Schlafe gestört werde. Bei der Untersuchung kann an der betr. Ohrmuschel auch nicht die geringste Veränderung entdeckt werden; keine Rötung, keine Verdickung, weder Rhagaden noch gichtische Einlagerungen sind vorhanden, Berührung und Druck nicht schmerzhaft, wir haben also die reinste „rheumatische" Affektion, wie Patient schon diagnostiziert. Statt mit Ölen und Salben, Elektricität und hydropathischen Prozeduren Zeit zu vergeuden und ärztliches Unvermögen zu dokumentieren, nehme ich die affizierte Ohrmuschel zwischen meine Finger, dehne, ziehe und strecke sie nach allen Richtungen, halte sie $^1/_2$—1 Minute ausgezogen und von Stund an ist der Schmerz, welcher vier Monate lang alle Nächte aufgetreten war, verschwunden, ohne bis heute, $1^1/_2$ Jahre nachher, sich auch nur einmal wieder zu zeigen. Der Sicherstellung des Erfolges wegen war das Verfahren in den folgenden acht Tagen noch zweimal wiederholt worden.

Nr. 21. Frau M. E. leidet fast anhaltend seit langer Zeit schon an neuralgischen Schmerzen in beiden Brüsten; hysterischer Mastodynie. Die Mammae sind schlaff, hängend, nirgends eine Verhärtung fühlbar, an den Warzen keine Risse und keine entzündeten Stellen. Die Brust wird zwischen die Hände genommen, kräftig gedehnt und ausgezogen, was zwar als ziemlich unangenehm empfunden wird, aber nach einer kaum drei Minuten währenden Behandlung sind die Nervenschmerzen weg. Nach weiteren zwei Sitzungen ist die Heilung eine vollkommene.

Nr. 22. N. N., Commis, 27 Jahre alt, stellt sich vor mit akuter Gonorrhoe, die wie gewöhnlich von heftigem Brennen in der Urethra nach jedem Urinieren begleitet ist. Es wird ihm angegeben und gezeigt, wie er mit beiden Händen den Penis an Wurzel und Glans zwischen Daumen und Zeigefinger fassen und, gleich einem Gummischlauch, ausziehen und etwa eine Minute lang in Dehnung erhalten soll. Er führt den Handgriff regelmässig und korrekt aus und erklärt bei jeder ferneren Konsultation, er sei im stande, durch denselben den Harnröhrenschmerz jedesmal und sofort zu unterdrücken.

Bestätigung der Wirkung dieser Prozedur wurde mir seither noch von einer Reihe anderer Patienten, welche an Dysurie verschiedener Ursache litten.

Nr. 23. N. N., Hauspatientin, von verschiedenen nervösen Algien geplagt, hatte oft unerträgliche Schmerzen in Ohrmuscheln und Nasenspitze. Eine kräftige, etwas anhaltende Dehnung dieser Gebilde besiegte den Schmerz regelmässig und gründlich.

Seitdem ich die raschen und sicheren Erfolge der Etirage an den angeführten weichen, und in ihrer Totalität leicht fassbaren,

Körperteilen kennen gelernt hatte, stand ich nicht an, der Anwendung derselben die ausgedehnteste Verbreitung zu geben, ich benütze sie darum beim nervösen Kopfschmerz als Adjuvans neben Zungenbein-, Kopfstütz- und Kopfknickgriff. —

Der von Hack-Freiburg eingeführten und von vielen Specialisten, so neuerlich von Schnetter-New York,[1]) sehr in den Vordergrund gedrängten Nasenbehandlung bei nervösem Kopfschmerz und Migräne kann ich hohe Bedeutung nicht beimessen. Es sind mir Fälle bekannt, die noch von Hack und von anderen Chirurgen durch Kauterisation der Nasenschwellkörper behandelt wurden, welche nach kurzer Zeit recidiv geworden sind. Allerdings hatte der Thermokauter für einige Wochen dieselbe Erleichterung verschafft, wie sie die alten Ärzte bei ähnlichen Übeln durch Glüheisen, Moxen, Fontanellen und Haarseile zu erreichen wussten, ist doch diese Nasenbehandlung nichts anderes als eine moderne Umschreibung der alten Praxis, eine interne Applikation von Points de feu.

Ich gebe zu und habe es auch mannigfach gesehen, dass im Anfall des nervösen Kopfschmerzes, bei Migräne und Trigeminusneuralgien die Nasenschleimhaut stark gerötet und die Schwellkörper der Nase turgescent erscheinen können, dann aber sah ich zugleich auch eine Rötung der Gesichtshaut, der Conjunctiva und des Augenhintergrundes, kurz die Erscheinungen der bald näher zu besprechenden paralytischen Form der Hemicranie. Ich halte daher die betr. Veränderungen in der Nase für Folge und nicht für Ursache der chronischen Cephalalgie. Begreiflicherweise kann durch häufige Wiederholung derselben Schädlichkeit eine habituelle Stauung im Nasenrachenraum sich mit der Zeit ausbilden.

Ich stimme hingegen mit Norström vollkommen überein, dass kleine Lymphdrüsenanschwellungen am Halse und in der Schädelhaut und myositische Knoten der Halsmuskulatur, bes. im

---

[1]) Der nervöse Kopfschmerz von J. Schnetter-New-York. Heidelberg, 1889.

Trapezius, oft die kleinen Herde sind, von welchen aus die Schmerzen in Hinterkopf und Stirn ausstrahlen. Auf gleiche Linie stelle ich Verdickungen an den Muskelansätzen in der Linea nuchae inf. und sup. und kleine centrale Strumen, welche letzteren bei Druck oft heftigen Schmerz bis zum ersten Trigeminusaste hinauf telegraphieren. Die Schmerzstellen stehen aber alle stets in einem Circulus vitiosus zu der peripheren Algie, die beiden sind sich wechselseitig Ursache und Wirkung.

Sobald wir dies erkannt haben, muss unser Bestreben darauf ausgehen, diese Muskelknoten, Lymphdrüsen, Strumen u. s. w. zum Schwinden zu bringen, was durch eine regelrechte, lange fortgesetzte Massage gewöhnlich auch gelingt, und zu gleicher Zeit die peripheren Nerven an der behaarten Schädelhaut oder der Stirn zu beruhigen. Das letztere geschieht eben durch eine sorgfältige Etirage, unterstützt von Handgriffen.

Wenn an behaarten Hautpartien gearbeitet werden muss, sollen die Haare kurz geschnitten sein, bei Damen gelingt es gewöhnlich, durch Auseinanderkämmen und Scheiteln das Terrain frei zu bekommen. Ein Reissen an den Haaren muss stets vermieden werden. Ich manipuliere entweder nur mit den Daumen oder mit den rechenförmig gespreizten und ineinander gehakten übrigen Fingern. Alle weiteren Details enthalten die folgenden, aus grosser Zahl ausgewählten, Krankengeschichten.

Nr. 24. S. E., Lehrer, 28 Jahre alt. Jan. 1891. — Infolge Überanstrengung in seinem Berufe stechende Schmerzen in der Stirn-, Schläfen- und Scheitelgegend, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen u. s. w., so dass bereits an ein Aufgeben der Stellung gedacht werden musste. Vor Eintreten in meine Behandlung wurden angewendet Medikamente, Diät- und Luftkuren, Ableitungen und Einreibungen.

Status. Hochblonder, vollblütiger, gut genährter junger Mann. Gerötete Augenlider, Pupillen weit, gleich. Keine Nasenveränderungen; Magen keine Störungen.

Behandlung besteht in KStG., worauf jedesmal sofortige Erleichterung eintritt, dann nur Etirage der hyperästethischen Stirn- und Kopfhaut — keine Massage.

Dem Krankenbericht, vom Patienten selbst geführt, entnehme ich:

6./I. 6—$^1/_2$10 Uhr abends, ausser anhaltender Abmattung im Kopfe keinerlei Kopfschmerz.

7./I. Vor der ersten Behandlung starke Eingenommenheit des Kopfes; Kopfschmerz abwechselnd in Stirn- und Schläfengegend. Nach der ersten Behandlung ausser einigen kurzen Unterbrechungen vollständig frei von Schmerzen. Nach zweiter Behandlung (2 Uhr) frei bis $^1/_2$6 Uhr, dann leichte Schmerzen abwechselnd in Stirn- und Schläfengegend. Nach dritter Behandlung eine Stunde ganz frei; nachher Eingenommenheit des Kopfes ohne Schmerz.

8./I. Vor erster Behandlung: Leichte Eingenommenheit und ziemlich heftiger Schmerz in der Stirngegend. Nach Behandlung ($^1/_2$8 Uhr) bis 9 Uhr ganz frei, dann stechender Stirnkopfschmerz, nach zweiter Behandlung ($^1/_2$2 Uhr) frei bis 4 Uhr, nach dritter Behandlung (6 Uhr) frei bis 8 Uhr.

9./I. Nach erster Behandlung frei von Druck und Schmerz; eine Stunde nach zweiter Behandlung leichter Stirnschmerz, nach dritter Behandlung (6 Uhr) frei von Druck und Schmerz.

So ging es weiter, Schmerz abnehmend, meist nach der dritten Behandlung ganz freier Kopf. So lautet der Rapport beispielsweise am 15./I: Beim Aufstehen leichtes Stechen in der Stirngegend, nach erster Behandlung frei bis 11 Uhr, dann leichter Schmerz in Stirngegend bis 12 Uhr, dann wieder frei, nach zweiter Behandlung vollständig schmerzlos, nur abends noch leichter Stirndruck ohne Schmerz.

Am 18./I. werden anfängliche leichte Schmerzen durch eigene Behandlung (KStG.) beseitigt und der Tag verläuft ganz gut. Nach 14 Tagen tritt Patient seine Stelle wieder an und meldet nach vier Monaten, dass sich sein Zustand so gebessert habe, dass er am Schulehalten nie mehr gehindert worden sei.

Nr. 25. F. A., 14 Jahre. — Hauspatient. — Wegen heftiger und dauernder Kopfschmerzen muss Patient drei Wochen vor Ende des Schulkurses aus der Schule austreten und kommt in Behandlung am 2./IV. 1890.

KStG. von einer Minute Dauer, Schmerz zeigt sich erst abends wieder, um einer zweiten Anwendung desselben mechanischen Verfahrens zu weichen. 3./IV. Nur eine Sitzung nötig. 4./IV. Kein Schmerz. 5./IV. Nasenbluten, benommener Kopf. 6./IV. Einmal KStG. 7./IV. Frei. 8./IV. Spur. Seither bis 17./IV. gar keine Schmerzen mehr, entlassen am 23./IV. Im folgenden Jahre stellen die Algien sich erst im vierten Quartale wieder ein, eine Behandlung von 14 Tagen beseitigt den Schulkopfschmerz bleibend und seither ist der Knabe vollständig geheilt.

Nr. 26. F. K., 24 Jahre, ledig. — Schneiderin. — Sehr intensive, konstante Schmerzen gerade in der Scheitelgegend, häufig Gefühl von Winseln und Pulsieren an betreffender Stelle.

Von einer Reihe von Ärzten medikamentös, frauenärztlich und mit Thermokauter in der Nase behandelt ohne alle Erfolge, erscheint sie im August 1892 in meiner Sprechstunde.

Status. Blühendes Aussehen. Drüsen am Halse, ungleiche Pupillen, angeblich von Jugend auf, Hyperästhesie der Kopfhaut. Pulsationsgefühl im Scheitel. Hysterie.

KStG. und Etirage. Anfängliche Erfolge halten nur kurze Zeit an. Fall zeigt sich als sehr hartnäckig. Wird nun so behandelt, dass, wenn Schmerz wieder erscheint, Patient sich sofort zur Behandlung einfindet. Jedesmal ist bedeutender Schmerznachlass, oft vollständige Analgesie, zu bewirken. Patient nach

sechs Wochen bedeutend gebessert, aber nicht ganz schmerzfrei entlassen. Konstatiert fünf Monate nachher ein viel besseres Befinden als früher.

Nr. 27. P. M., 12 Jahre, Zürich, Hauspatient — Schulkopfweh, stammt aus Kopfwehfamilie. — Ist gesund und gut entwickelt, aber seit circa einem Jahre fast nie frei von Cephalalgien, welche früher nur sporadisch sich zeigten. Schmerz bes. auf dem Scheitel und der Stirn, nicht im Hinterhaupt. Bedeutende Hauthyperästhesie. Sept. 1892. Drei Wochen mit KStG. und Etirage behandelt, keine Medikamente. Besserung fast vollständig, hält auch nachher an, als Patient die Schule wieder regelmässig besucht. Nach nochmaliger dreiwöchentlicher Kur ganz geheilt.

Nr. 28. G. E. v. K., 23 Jahre alte ledige Dienstmagd. War $1^1/_2$ Jahr in Amerika; wegen ihrer heftigen Kopfschmerzen kehrte sie zurück. Sept. 1891. Augen, Ohren, der ganze Schädel von wütenden Schmerzen durchzuckt. Kein Schlaf, rennt nachts wie rasend im Zimmer herum, zur Zeit der Periode bes. heftige Algien. Medikamente und Hausmittel machtlos.

1./VIII. 1892. KStG. 2 Minuten, der vorher heftige Schmerz ist verschwunden; nachdem er sich wieder leise einstellte, in 20 Minuten nochmals KStG. $70^0$, dann ganz frei.

1./12. Nie mehr so heftigen Schmerz. Einmal KStG. beseitigt allen Schmerz bleibend.

2./I. Jetzt ganz wohl. Juni: seit Februar einmal Kopfweh. Juli: Schmerz zeigt sich wieder, zweimalige Behandlung bringt ihn bleibend weg.

Bei einem so schweren und hartnäckigen Leiden wie der chronische, nervöse Kopfschmerz es ist, reichen wir mit den bis jetzt beschriebenen Manipulationen aber nicht immer aus, es wurde schon angedeutet, dass Zungenbeingriff und Redressement in manchen Fällen ebenfalls sehr gute Dienste leisten. Die Elevation des Zungenbeins werden wir als ein Specificum gegen Brechreiz kennen lernen, die Besprechung der Technik der betr. Manipulation daher mit jenem Kapitel verflechtend, wollen wir übergehen zur Beschreibung des Kopfstreckgriffs oder Redressement. KStrG. — R.

## Kopfstreckgriff oder Redressement, KStrG. — R.

Mit dem Redressement bezwecken wir ein nach hinten Zurücklegen des Kopfes bei möglichst gestrecktem Halse. Wir setzen dabei die beiden Daumen in ganzer Länge an die horizontalen Äste des Unterkiefers an, stützen die Hände mit dem Ulnarrand auf der Schulter nächst dem Halse des Patienten auf; der Zeigefinger kommt vor das Ohr zu liegen, während die übrigen Finger den Hals im Genick umspannen. Der Kopf des Patienten, der möglichst mobil gehalten werden soll, wird sanft gehoben — darum Stützpunkt der Hand auf der Schulter — und dann nach hinten zurückgelegt. Durch diese Manipulation, welche uns Fig. 7 illustriert, werden die Halsnerven und Halsgefässe bedeutend gedehnt. Die Vena jugularis externa z. B. wird mehr verlängert und gestreckt als sogar durch den Kopfstützgriff und während der Prozedur sichtlich entleert.

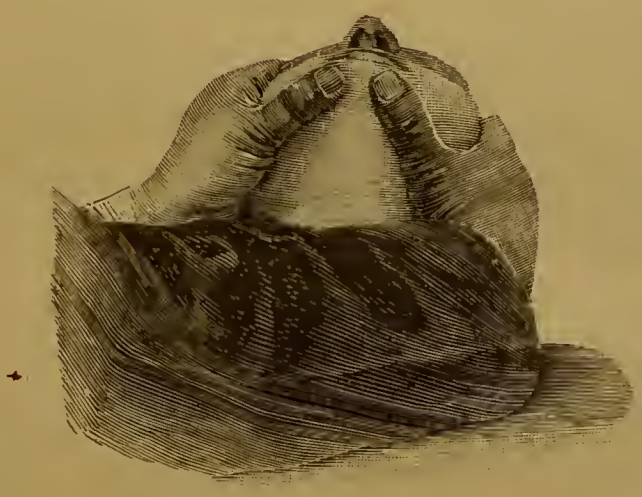
Die Wirkung dieses Handgriffes äussert sich deshalb in rascherer Blutableitung von Kopf und Gehirn, was sich oft deutlich in Erblassen des Gesichtes zeigt und durch ein in vielen Fällen ausgesprochenes Schläfrigkeitsgefühl und in Schwindel-, ja leichteren Ohnmachtsanwandlungen dokumentiert.

Nach einer Minute schon ruft hie und da ein Patient aus: „jetzt könnte ich gleich einschlafen!“ Bei weiterer Fortsetzung der Manipulation tritt Schwindelgefühl ein, auch bei Individuen, welche von Schlafanwandlungen frei bleiben, und in einzelnen Fällen waren Behandelte nahe daran, in Ohnmacht zu sinken.

Es ergiebt sich aus diesen Erfahrungen, dass man bei Anwendung dieser Manipulation recht vorsichtig sein muss, sie nicht über 90 Sekunden ausdehnen und bei Anämischen und Schwächlingen gar nicht anwenden soll.

Das Redressement zeigt sich besonders wirksam bei nervösem Kopfschmerz, der auf Hyperämie oder Kongestion beruht, und bei Algien des III. Trigeminusastes. Die Prozedur ist aber etwas unangenehm. Viele, besonders ältere Personen sind infolge Nichtübung der betr. Wirbelgelenke so steif im Halse geworden, dass ein Rückwärtsbeugen des Kopfes für sie

Fig. 7.



Redressement R. Kopfstreckgriff KStrG.

wirklich schmerzhaft oder für den Arzt mechanisch nicht durchführbar ist. Da der Kopfstützgriff in vielen Fällen dieselben Dienste leistet, reserviere ich das Redressement für die schwereren Cephalalgien, wo KStG. im Stiche lässt und ganz bes. für die Neuralgien des III. und II. Quintusastes. Hier leistet aber dann der Handgriff Vorzügliches.

Die häufigsten Affektionen der letztgenannten Trigeminusäste sind die Zahnschmerzen. Erkältungen, thermische und mechanische Reize sind im stande, nach ihrem Erlöschen noch lange Zeit die Zahnnerven in Revolution zu erhalten. Ein Tropfen kalten Wassers kann die Ursache von tagelangem Zahnweh bilden.

Eine ganz unbedeutende Erschütterung des Nervensystems vermag aber auch wieder die Nervenschwingungen zur Ruhe zu bringen, daher in diesen Fällen die Brillantleistungen der Hypnose wie die Zauberwirkung zahnärztlicher Wartezimmer. Einfacher, sichererer und dauernder aber besorgt die Ruhestellung des nachzitternden Nervs das Redressement allein oder in Verbindung mit dem Zungenbeingriff.

Zu Dutzenden zählen die Fälle, in welchen ich durch mein Verfahren den Zahnschmerz bannte, bei Kindern ist die Wirkung besonders prompt und ich wage fast immer aus dem Effekt die Differenzialdiagnose auf nervösen oder Caries-Schmerz zu stellen.

Krankengeschichten vorzuführen hätte wenig Wert, doch möchte ich darauf hinweisen, dass bei den nervösen Zahnschmerzen Schwangerer in erster Linie an meine mechanische Behandlungsmethode gedacht werden muss. In einem solchen Falle, wo die heftigsten Zahnschmerzen während drei Wochen unaufhörlich gewütet und Zahnarzt wie Quacksalber nicht geholfen hatten, gelang es mir, mit Zungenbeingriff und folgendem Redressement den rasenden Schmerz in zwei Minuten zu besänftigen, so zwar, dass die Kranke gleich den ganzen Tag schmerzfrei blieb und nach zwei weiteren Sitzungen die nervösen Zahnleiden verschwunden waren.

Bekanntlich tragen Gravide meist ihre Nervenzahnschmerzen mit stoischer Resignation, weil sie glauben, die Medizin kenne kein Mittel, ihnen dieselben abzunehmen. Wenn, wie ich hoffe, sich mein Verfahren bald überall eingebürgert hat, wird auch bei diesen Geplagten der Glaube an die ärztliche Kunst wieder neu erwachen.

Zungenbeingriff und Zurücklegen des Kopfes üben aber schmerzlindernde und schmerzaufhebende Wirkung aus nur auf den III. und II. Ast des dreigeteilten Nerven, während der erste Ast durch diese Manipulationen sehr selten erreicht wird.

Mein erster mit Handgriff behandelter Fall war eine von Gesichtsschmerz gequälte Patientin, deren Krankheitsgeschichte so

interessant ist, dass ich ihr in gedrängter Kürze hier Raum geben muss.

Nr. 29. P. H. v. S., 23 Jahre alt, ledige Bauerntochter, von gesunden, noch lebenden Eltern abstammend, neuropathisch nicht belastet, wohnt in einsamer Waldgegend und arbeitet als Bäuerin. Schwächlich beanlagt, trotz starkem Knochenbau, war sie früher stets gesund, aber spät menstruiert. Im Jahre 1887 traten zuerst Schmerzen in der rechten Regio supramaxillaris auf, als deren Ursache kranke Zähne angesehen wurden. Medikamentöse Behandlung war erfolglos, weshalb Patient ins Spital Münsterlingen gewiesen wurde, woselbst, nachdem durch Extraktion von 13 kariösen Zähnen keine Besserung erzielt werden konnte, am 1. Mai 1888 von Spitalarzt O. Kappeler die Neurectomia n. infraorbitalis vollzogen wurde.

Nach der Operation cessierten die Schmerzen bis im August desselben Jahres, von welcher Zeit an sie sich allmählich wieder mit der früheren Intensität einstellten.

Am 12. Juni 1889 sah ich Patientin zum erstenmal während eines heftigen Anfalls. Es war eine schlanke, knochige Person mit vorgebeugter Kopfhaltung. Beständiger Tremor der Hände, leichteres Zittern auch der Beine. Mitten auf der Trachea in der Incisura sterni eine haselnussgrosse harte Struma, welche bei Druck einen stechenden Schmerz bis zur Schläfe der kranken Seite auslöst. Vom Foramen infraorbitale rechts abwärts eine 5 cm lange, feine, sagittal verlaufende Narbe.

Status. Tic convulsif rechts. Pupillen gleich. Schmerzpunkte am Foramen infraorbitale, fraglich ob aber nicht von der Operation herrührend.

Die intermittierenden neuralgischen Anfälle, welche die rechte Gesichtshälfte betreffen, dauern 3—7 Stunden, zur Zeit treten sie gewöhnlich früh 7 Uhr auf, um bis 1 Uhr nachmittags ohne Unterbrechung anzuhalten.

Es wird ZBG. während 90 Sekunden angewendet, der Patientin dabei jedoch nur angedeutet, es handle sich um eine Untersuchung. Nachdem ich meine Hände weggezogen habe, ist der Schmerz völlig gewichen und kehrt desselben Tages nicht wieder.

Am 16. Juni zweite Sitzung mit demselben Erfolg. Die Patientin, welche weit von mir entfernt wohnt, wird bestimmt, herzukommen, um sich in ständige Behandlung zu begeben. Dieselbe beginnt am 14. Juli 1889. Patientin bekommt Weisung, sich sofort zu stellen wenn sie den Schmerzbeginn verspürt. Abends 6 Uhr zeigt sie sich, in 70° ist sie schmerzfrei.

15./VII. 8 Uhr a. m. 1 Minute 15 Sekunden Dauer — frei von Schmerz bis 8 Uhr abends.

16./VII. 7 Uhr a. m. Prophylaktische Behandlung, den ganzen Tag kein Anfall.

17./VII. 8 Uhr a. m. Behandlung 1 Uhr p. m., zeigt sich der Schmerz wieder, um nach 90° zu verschwinden.

18./VII. Zwei Anfälle, die jeweils rasch ausgeschaltet werden, worauf vollständige Euphorie eintritt.

19./VII. 7 Uhr a. m., prophylaktische Behandlung. Anfall 3 Uhr p. m. Behandlung 4 Uhr bei sehr heftigen Leiden, in 80 Sekunden Wohlbefinden den ganzen Abend.

20./VII. Algie um 11 Uhr, nach 75 Sekunden verschwunden.

21./VII. Der ganze Tag gut, nachts leichter Anfall. Prophylaktische Behandlung.

22./VII. Kein Anfall, nur etwas Schmerz im Hinterkopf.

23. und 24./VII. Schmerz mehr in der Schläfengegend.

25.—28./VII. je eine Behandlung, Schmerz nimmt an Intensität ab.

29.—31./VII. tägliche Behandlung mit ZBG. und R., Algie tritt wenig mehr im N. infraorbitalis, mehr im temporalis und occipitalis auf.

1.—8./VIII. Es dauert 28—36 Stunden, bis eine neue Algie auftritt, Schmerzen nehmen an Intensität ab. Patientin hat zugenommen und fühlt sich wohl, geht nach Hause. Die Schmerzen treten zu Hause anfangs noch täglich im Hinterkopf, auch in Schläfe und Backe in leichterem Grade auf, die Kranke kann sie jedoch selbst mit dem erlernten ZBG. beseitigen. Vom 20. August an hören sie ganz auf.

Die Kranke, obwohl sonst mit allerlei Leiden gequält, spürt nach dieser Behandlung von ihrem Gesichtsschmerz niemals mehr etwas bis im Oktober 1891, also über 2 Jahre lang; da beginnt sich die Infraorbitalisneuralgie wieder etwas zu regen, es brauchte aber nur vier Sitzungen unter meiner Kontrolle, um das Übel zum Schweigen zu bringen. Später zeigten sich bei ihr häufige und heftige Schmerzen im Proc. mastoideus, welche einen zweiten Spitalaufenthalt im Jahre 1892 zur Folge hatten. Patientin hatte ein Evidement beider Zitzenfortsätze durchzumachen. Im April 1893 citierte ich meine Klientin wiederum zu mir. Sie erklärt, sich nun ganz wohl zu fühlen trotz Tremor und Tic convulsif. Mit Ausnahme jenes kurzen Anklangs, habe sie seit meiner Behandlung im Sommer 1889 nie mehr etwas von der Infraorbitalneuralgie gespürt.

Nach der zweiten Operation sei auch Ruhe in den Ohren eingetreten, das Allgemeinbefinden sei gut, sie arbeite in Feld und Haus und stehe nun, nach dem inzwischen erfolgten Ableben der Mutter, allein dem Hauswesen vor. —

Es darf dieser Fall von vollständiger Heilung einer Infraorbitalneuralgie nach fruchtlos ausgeführter Neurectomie, einzig und allein durch Handgriffe, gewiss als eine Glanzleistung mechanischer Therapie hingestellt werden, umsomehr als die Nachkontrolle seit zwei Jahren keine Spur des früheren Leidens konstatiert.

Die Algien des II. Trigeminusastes traten zur Influenzazeit besonders heftig und zahlreich auf, zeigten aber alle einen intermittierenden Charakter. Erschienen die Kranken zur Zeit des Paroxysmus, so war der Erfolg des kombinierten Handgriffs, ZBG. und Redressement, aber auch jedesmal ein absolut sicherer.

Im Januar 1890 kamen aus einem benachbarten Orte Mann und Frau von 29 resp. 26 Jahren miteinander zur Behandlung

wegen Gesichtsschmerz nach Influenza. Ohne Antipyrin und Phenacetin konnten die heftigen Schmerzen jedesmal sofort mechanisch beseitigt und in drei Sitzungen zur völligen Heilung gebracht werden.

Eine 60jährige Bäuerin, welche im Febr. 1890 bei mir Hilfe suchte wegen Infraorbitalneuralgie, die bereits drei Tage gewütet hatte, behandelte ich am 16. II. dreimal, der Schmerz verschwand bis zum 18. früh, nach weiteren zweimaligen Manipulationen in einer Sitzung war sie frei von Schmerz und blieb dauernd geheilt.

Den Einwand, die Kranken wären vielleicht auch in derselben Zeit ohne alle Mitttel gesund geworden, kann ich niemals gelten lassen; nach demselben Raisonnement müsste dem wohl angesehenen Antipyrin, Phenacetin, Antifebrin u. s. w. dann ebenfalls jede Wirkung auf Abkürzung des Krankheitsverlaufes von Neuralgien abgesprochen werden und kein Krittler vermag über die Thatsache hinwegzukommen, dass meine Manipulationen den akuten Schmerz so zu sagen ausnahmslos in wenigen Minuten zu bannen vermögen. Ich ziehe wohl die richtige Konsequenz, wenn ich sage, die Heilung kommt dadurch so rasch zu stande, dass man den neuralgischen Schmerz gleich im Beginn wieder ausschaltet und so dem kranken Nerv Ruhe und Gelegenheit zur Heilung verschafft.

Wie ganz anders steht aber der Arzt da, welcher durch seiner Hände Geschicklichkeit einen Patienten im Augenblick von heftigsten Schmerzen erlösen kann, als der Rezeptheld mit seinem Bleistift!

Bei intermittierendem Gesichtsschmerz darf der Behandelnde aber, ohne sich eine Blösse zu geben, dem Leidenden von vornherein Schmerzheilung versprechen, wenn er meine Methode befolgt. Allerdings kann er es auch hier erleben, dass nach kürzerer oder längerer Zeit die Algie mehr oder weniger heftig wiederkehrt, aber auch dem Recidiv gegenüber behauptet er seine Macht und zieht aus dieser Erfahrung nur die Regel, den Kranken nicht los zu geben, bevor etwa 20 Minuten ver-

flossen sind und der kombinierte Handgriff noch ein- bis zweimal repetiert wurde. Ich wiederhole sogar die Manipulation, wenn keine Spur von Schmerz mehr eintritt, um dadurch prophylaktisch zu wirken.

Schlechter gestaltet sich die Vorhersage bei Fällen von kontinuierlichen Neuralgien und von Tic douloureux. Bei erstem ist nur etwas zu erwarten, wenn die Handgriffe jedesmal und sogleich den Schmerz zu unterbrechen vermögen, dann lässt man denselben nicht wieder aufkommen.

Beim „Zuckschmerz“ habe ich in drei schweren, schon viele Jahre lang bestehenden Fällen trotz grösster Mühe und Ausdauer auf manuellem Wege nichts erreicht. Zwei der Fälle waren schon ein-, resp. zweimal neurektomiert worden mit dem bekannten Erfolge, dass 3—6 Monate nachher die Algie in alter Intensität wieder erschien.

Meine vielfachen Untersuchungen und Beobachtungen an Kranken, welche an Tic douloureux litten, zusammengenommen mit den Erfahrungen der Chirurgen, dass nach einer Nervenausschneidung oder Ausreissung der Schmerz erst dann wieder, aber alsdann auch sicher auftritt, wenn durch Anastomosen mit anderen sensibeln Nerven (z. B. von der Nase her, Benedikt) die Verbindung mit der Peripherie wieder hergestellt ist, drängen mich zu der Überzeugung, dass der Zuckschmerz in der überwiegenden Anzahl der Fälle auf einer peripheren Erkrankung der Nervenendigungen beruht. Wenn in ganz vereinzelten Fällen centrale Veränderungen (Erkrankung des Trigeminuskerns, Huguenin) vorgefunden wurden, so können diese entweder aus einer ascendierenden Neuritis erklärt werden oder wirklich ausnahmsweise Fälle von Tic mit Centralerkrankung sein. Für Projektion des Schmerzes von der Peripherie zum Centrum spricht ganz auffallend die Beobachtung, dass die geringste Berührung der Haut, ja schon der Barthaare der erkrankten Wange, Sprechen, Kaubewegungen, Wärme und Kälte, sofort Anfälle hervorrufen; starker lokaler Druck und intensives Reiben denselben mildern,

während ganz selten ein das Gehirn treffender Reiz Prosopalgie auslöst. Zudem habe ich bei meinen Patienten stets zahlreiche grössere und kleinere Körnchen und Knötchen in der Mundschleimhaut der erkrankten Seite gefunden, deren Berührung sofort den Schmerz provozierte. Es sind dies wohl viel eher Neurome als vergrösserte Mundschleimdrüsen. Die pathologische Anatomie lässt uns mit zutreffenden Untersuchungen im Stich, weil ihr das Material dazu von den Klinikern und Chirurgen nicht geboten wird.

Rationeller, aber technisch wohl kaum durchführbar, wäre es, diese kleinen Geschwülste zu excidieren, als die Nerven an der Hirnbasis auszureissen (Thiersch). In frischen Fällen, wo die pathologischen Produkte noch fehlen, ist Heilung ohne Messer möglich. Da die Elektricität hier Erfolge aufweist, wäre a priori auch von Nervendehnung etwas zu erwarten. Mir kam aber, seitdem ich mechanische Therapie übe, noch nie eine recente Prosopalgie vor. Jetzt würde ich eine solche behandeln durch konsequente Dehnung der ganzen Wangenpartie mit den im Munde anfassenden Fingern.

## Migräne.

Das Wesen der Hemikranie wird von Benedikt[1]) als sensorielle Algopathie mit Hyperästhesie des Sensoriums, Überempfindlichkeit gegen Licht und Schall, definiert; die peripheren Schmerzen bezeichnet er als projizierte, woher sie aber fortgeleitet sind, darüber erfahren wir seine Ansicht nicht. „Über die direkten und näheren Ursachen der Hemikranie wissen wir so gut als gar nichts und es ist wohl geratener, diese Unwissenheit von vornherein zu bekennen, als nach weitläufigen Umwegen zu demselben Resultate zu gelangen", sagt Eulenburg[2]).

Diesem ehrlichen Bekenntnisse müssen wir uns leider auch noch heute teilweise anschliessen; dagegen ist unbestreitbar soviel richtig, dass dem einzelnen Anfalle selbst Störungen im vasomotorischen Centrum zu Grunde liegen müssen, Reizungen. die auf dem Wege des Vagus und Sympathicus bei den einen angiospastische, bei andren angioparalytische, oder angiodilatorische Zustände hervorrufen. Im ersteren Falle haben wir das blasse Gesicht, verminderte Temperatur und weite Pupille auf der ergriffenen Seite, im zweiten Fall gerötetes Gesicht, erhöhte Temperatur und enge Pupille.

---

[1]) Benedikt, Klinische Zeit- und Streitfragen. Über Neuralgien und neuralgische Affektionen und deren Behandlung. Wien und Leipzig, 1892. Wilhelm Braumüller.

[2]) v. Ziemssen, Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. Bd. II, 1875. S. 8.

Du Bois-Reymond, welcher an sich selbst Beobachtungen über Migräne anzustellen Gelegenheit hatte, warf zuerst die Theorie auf, dass der tonische Krampfzustand der glatten Gefässmuskeln selbst es sei, der als schmerzhaft empfunden werde, nach Analogie der Uteruskontraktionem bei Wehen und des Wadenkrampfs beim quergestreiften Muskel. Eulenburg dagegen ist der Ansicht, die Schwankungen in der arteriellen Blutzufuhr, die temporäre Anämie und Hyperämie der betreffenden Kopfhälfte, mit anderen Worten, die plötzlichen Veränderungen der Lumina der die sensiblen Nerven umspülenden Blutgefässe, seien das Moment, durch welches die Empfindungsnerven in den intensiven Erregungszustand versetzt werden, auf welchen sie mit Schmerz reagieren.

Soviel steht fest, dass vasomotorische Nerven, welche dem Sympathicus — plexus vertebralis und caroticus — entstammen, eine Hauptrolle beim jeweiligen Migräneanfall spielen.

Schnetter macht auf die anatomischen Verhältnisse im Gehirn aufmerksam, insbesondere auf den Umstand, dass im Sinus cavernosus eingebettet liegen: die von sympathischen Nervenfasern umsponnene Carotis interna, der erste Ast des Trigeminus und nur ein sehr kurzes Stück des zweiten Astes desselben Nerven. Wenn hiezu noch berücksichtigt wird, dass der Sinus selbst keine kontraktilen, elastischen Wandungen besitzt, ein vermehrter nervöser Druck daher die von ihm eingeschlossenen Teile besonders treffen muss, erscheint es begreiflich, dass der erste Ast des Drillingsnerven so sehr vom Migräneschmerz bevorzugt wird.

Zu gleicher Zeit aber leuchtet auch ein, dass diejenigen Manipulationen, welche so wesentlichen Einfluss auf Blutstauungen im Schädelraum besitzen, mit Erfolg bei der Hemikranie in Anwendung gezogen werden können.

Um der Indicatio causalis bei unserer Krankheit etwelchermassen Genüge leisten zu können, müssen wir doch das Wesen und die Entstehung derselben so viel wie möglich zu ergründen suchen. Vorerst ist zu konstatieren die ausgesprochene Divergenz

der Ansichten der Autoren in Bezug auf Erklärung der Entstehungsursache sowohl der Krankheit als solcher, wie des einzelnen Migräneanfalls. Während von den einen der Genitalapparat (insbesondere der weibliche) und von den andern die Verdauungsorgane inkriminiert werden, schreiben Hack und seine Anhänger wiederum der Nase mit ihrem Rassentypus (erbliche Anlage) ihren Erkrankungen die Hauptschuld zu.

Mit der Annahme einer Prädisposition ist ungefähr gleich viel erklärt wie mit derjenigen von erblicher Belastung; wir kennen hier so wenig wie dort die zu Grunde liegenden feinsten anatomischen und physiologischen Substrate. Der Begriff beruht in beiden Fällen auf einer Supposition, welcher allerdings tausendfältige Erfahrung zu gute kömmt.

Nehmen wir vorläufig an, es sei zur Entstehung des Krankheitsbildes Migräne eine gewisse Prädisposition notwendig. Ist bei einem Menschen Veranlagung zur Hemikranie vorhanden, so entsteht, meiner Erfahrung nach, der Anfall selbst immer infolge einer Nervenerschütterung, die zur Erzeugung der ersten Attacken recht intensiver Art ist, während für spätere Anfälle schon leichtere Insulte genügen. Die Nervenerregung kann psychischer oder somatischer Natur, tief empfunden oder vergessen, erkannt oder übersehen worden sein, immer aber ist sie das Primäre. Genaue Nachforschungen in jedem einzelnen, besonders frischen Falle werden die Richtigkeit meines Ausspruchs bestätigen.

Dass die Geschlechtssphäre, beim Weibe besonders, eine hervorragende Rolle spielt im Kapitel Nervenerregung, muss jeder Kundige von vornherein zugestehen, darum wird Migräne so häufig als Symptom der Hysterie angegeben. Erkrankte Organe sind nervöser Erschütterung viel mehr ausgesetzt und leichter zugänglich, deshalb ist Hemikranie so oft Begleiter von Krankheiten des Magens, des Genitalapparats u. s. w. Ein post-propter Schluss ist aber deshalb durchaus nicht zulässig.

Die Nervenerschütterung, welche die nächste Ursache eines Migräneanfalls bildet, ist in weitaus der Mehrzahl der Fälle, im

Beginne der Erkrankung wohl immer, eine deprimierende. Als depressiv, „in negativem Sinne erregend", sehe ich an ebensowohl unangenehm empfundene Opposition gegenüber einem starren Willen als Belastung des Magens mit Table d'hôte-Essen und Alkohol. Rasche und lange Zeit fortgesetzte Wiederholungen desselben Insults schaffen allmählich Produkte wie wir sie ähnlich beim chronischen, nervösen (allgemeinen) Kopfschmerz kennen gelernt haben. Ausschwitzungen, besonders in der Nähe der Austrittsstellen von kleinen Hautnervenstämmchen in der behaarten Kopfhaut, Muskelknötchen und Verdickungen der Muskelansätze, namentlich wenn die Occipitalnerven Sitz des Schmerzes sind, und vergrösserte Lymphdrüsen. **So wird schliesslich die Disposition geschaffen.** Das Individuum ist nicht immer nur von Haus aus zur Migräne veranlagt, es wird nach und nach dazu präpariert. Jetzt kann ausnahmsweise auch eine Erregung indifferenter oder sogar freudiger Natur denselben Effekt haben wie anfänglich eine niederdrückende.

Für das, was der Mensch nie empfunden hat, fehlt ihm der Begriff; wer nie an Hemikranie litt, dem wird schwer verständlich zu machen sein, wie ein deprimierender Affekt so heftigen und andauernden Kopfschmerz erzeugen kann; erinnert er sich aber daran, dass ein plötzlicher Schreck oftmals einem in die Glieder zu fahren pflegt und an das Gefühl, welches man dabei empfindet, so wird er vielleicht daraus ableiten können, wie eine Nervenerschütterung bei zartbesaiteten, nervösen Individuen intensive Störungen im Nervensystem hervorzurufen vermag.

Die Radikalkur der Migräne besteht in Abhärtung des Gesamtnervensystems gegen die allzu leichte Erschütterbarkeit. Dazu gehört aber in allererster Linie ein Neuaufbauen des ganzen Körpers auf anderer Basis, Zurückkehren zur alten einfachen Lebensweise, rauher Kost, bestehend aus Hafermuss, Milch, Eiern, Gemüsen, Obst, wenig Fleisch und gar kein Alkohol; denn was der Mensch isst, das ist er. Dabei viel Beschäftigung im Freien,

Gartenarbeit und abhärtende hydropathische Proceduren. Dies ist auch die beste Kur gegen Chlorose und Hysterie.

Da wir gefunden haben, dass alle erkrankten Organe leichter erregbar sind und so zu Einfallspforten der Krankheit werden können, so ist es für den Arzt selbstverständlich, dieselben so viel als möglich wieder zur Norm zurückzubringen zu suchen, wobei ich aber warnen möchte vor Lokalbehandlung des weiblichen Genitalapparates wegen Bagatellsachen. Endlich ist es sehr indiziert, die Produkte, welche der chronische Kopfschmerz in loco gesetzt hat, aufzusuchen und durch sorgfältige, lange fortgesetzte Massage und Etirage zu beseitigen.

Der Migräneanfall selbst ist der mechanischen Therapie sehr zugänglich; je früher der Arzt gerufen wird, desto besser sind die Aussichten, denselben zu unterdrücken; ist das ganze Nervensystem schon in höchster Erregung, dann ist gewöhnlich schon deswegen wenig zu machen, weil der Kranke meist stumpf daliegt und sich oft nicht einmal mehr anrühren lassen will.

Zuerst werden die einzelnen Symptome analysiert, die am meisten verstimmten Organe aufgesucht. Ganz gewöhnlich ist der Magen stark alteriert, Brechreiz und Üblichkeit fehlen selten. Unbekümmert um die Theorien der Gelehrten, die Nausea rühre von Blutdruckdifferenzen im Gehirn selbst her (du Bois-Reymond), muss der Magen lokal in Bearbeitung genommen werden. Kreuz- und Querdehnungen im Epigastrium auf blosser Haut, wie sie in Fig. 12 und Fig. 13 vorgeführt und bei Behandlung des Magenkrampfes näher beschrieben werden, bilden gewöhnlich die Einleitung. Bei deutlichen Anzeichen von Ergriffensein des Genitalsystems müssen ähnliche Dehnungen in der Regio hypogastrica vorangehen. Dauer der Manipulationen je zwei Minuten.

Die Bauchaorta zu komprimieren, nach dem Vorgang von H. Weiss in Wien, fühlte ich mich nie veranlasst; ein so tiefer Druck in der Bauchgegend ist den Patienten stets sehr unangenehm und nach Angabe des Autors selbst hat er mit seinem

Verfahren ja nur eine Wirkung auf die Migräne hervorgebracht so lange der Druck ausgeübt wurde.

Meine Handgriffe werden alle beim ohnehin sehr empfindsamen Kranken sehr sanft und schonend gemacht, um ja keine unangenehmen Sensationen hervorzurufen.

Nach ganz kurzer Pause folgt die Elevation des Zungenbeins (s. S. 58 und Fig. 9 und 10) nach den beim ZBG. angegebenen Regeln und Kautelen. Dieselbe dauert 1—1½ Minuten, d. h. solange bis der Patient angiebt, Brechreiz und Übligkeitsgefühl seien vollkommen beseitigt, ein Resultat, das in jedem Falle zu erreichen ist.

Nun geht es erst an die Behandlung des Kopfes selbst. Ist das Gesicht gerötet, turgesziert, die Konjunktiva injiziert, die Pupille verengt, pulsiert die Arteria temporalis sichtbar und ist die Temperatur der kranken Seite erhöht, kurz, haben wir es mit der angiospastischen Form der Hemikranie zu thun, so wird dem ZBG. direkt angeschlossen das Redressement, Fig. 7. Sobald über Schwindel oder Schlafgefühl geklagt wird, spätestens aber nach zwei Minuten, bringt man sanft und leicht den Kopf wieder in Normalstellung oder legt ihn aufs Kissen und gleitet langsam mit den Händen ab. Gewöhnlich wird jetzt schon der Patient freudig eine bedeutende Erleichterung, vielleicht bereits gänzliches Beseitigtsein des Schmerzes verkünden.

Wenn der Kranke ein Rückwärtsbiegen des Halses nicht verträgt oder recht unangenehm empfindet, ersetze ich den Streckgriff durch den Kopfstützgriff. Sanftes Anfassen und leichtes Ausführen der Manipulation wird von den gewöhnlich überreizten Kranken besonders dankbar vermerkt. Oft bleiben nach diesen kombinierten Handgriffen noch empfindliche Stellen in der Supraorbitalgegend oder im Genick zurück. Dann ist Etirage am Platze. Am Nacken soll in der Regel angefangen und nicht nur die Haut allein, sondern die ganze erreichbare unterliegende Muskulatur gefasst, gleich einem Kautschuckschlauch gedehnt und 20—30 Sekunden lang in Extension erhalten werden. Übung

und feines Gefühl bringen es dazu, diese Procedur nicht zu einem lästigen oder gar schmerzhaften Eingriff zu gestalten. An Augenbraunen und Stirn, welche hernach an die Reihe kommen, macht man Längs-, hie und da auch Querfalten, fasst sie zwischen die Finger, Daumen und Zeigefinger, Mittel- und Ringfinger zugleich und dehnt und streckt, als wäre ein Gummirohr auszuziehen. S. Fig. 5. Meist genügt aber die Etirage mit den flach aufgelegten, einander gegenübergestellten Daumen. Da beim Hemikranieanfall die Stirnhaut besonders oft hyperästhetisch ist, muss bei der Hautdehnung immer recht schonend zu Werke gegangen werden. Zum Schlusse wirkt eine sanfte Effleurage mit den Daumen oder beiden Händen, vom Foramen supraorbitale nasal- und temporalwärts ausgeführt, sehr wohlthuend.

Ist der Schmerz der kombinierten Behandlung samt Etirage nicht völlig gewichen, so kehrt er unfehlbar in kurzer Zeit wieder; oft tritt diese Fatalität auch ein, nachdem die Cephalalgie längere Zeit ganz beseitigt war, ja es giebt Fälle, wo der Schmerz nach einer kleinen Ruhepause mit doppelter Heftigkeit sich von neuem einstellt. Ich wiederhole daher in allen Fällen, wo nicht nur ein Gefühl der Müdigkeit und des Zerschlagenseins in den affizierten Teilen, sondern leiser Schmerz zurückgeblieben ist, nach 7—10 Minuten KStG. und Etirage, resp. Effleurage, bis ich durch den Patienten in Erfahrung gebracht habe, dass der Kopf nun ganz schmerzfrei sei.

Bei der spastischen Form der Hemikranie, wo wir blasses Gesicht, verminderte Temperatur auf der kranken Seite, hie und da erweiterte Pupille und strangartig harte Temporalarterien vorfinden, gestaltet sich die Procedur folgendermassen:

Etirage der Unterbauch- und Magengegend während je zwei Minuten, ZBG. 90 Sekunden lang und darauf Kopfbeuge- oder Knickgriff.

## Der Knickgriff. KkG. Fig. 8

wird in folgender Weise ausgeführt. Der Kranke muss stets sitzen, sei es im Bett oder auf einem Stuhl, letzterer ist vorzuziehen. Der Arzt steht hinter seinem Klienten, fasst den Kopf desselben ganz ähnlich wie beim KStG. und biegt (knickt) denselben so viel als möglich nach vorn, wobei er zugleich, unter Anstemmen seiner Vorderarme vor den Achseln des Behandelten, den Hals des letztern tüchtig auszieht und streckt, ohne aber wehe zu thun. Wenn ich es für nötig halte, die Procedur recht energisch zu machen, lege ich die beiden Hände platt auf das Hinterhaupt am Planum nuchale auf und stemme meine Vorderarme fest an den Schultern des Kranken an. Während durch Kopfstütz- und KStrG. ein rascheres Abfliessen des gestauten venösen Blutes aus dem Schädelraum bezweckt wird, soll durch den Knickgriff eine schnellere und vermehrte arterielle Blutzufuhr nach dem Hirn erzielt werden ohne Hemmung des venösen Rückflusses.

Die Karotiden und Aa. vertebrales, im untern Halsdritteil umgebogen, haben, statt das Blut der Schwere entgegen in die Höhe zu leiten, nun ein horizontales oder gar nach unten inkliniertes Strombett, woraus ohne alle Frage der Schluss auf erleichterte Blutzuströmung nach dem Kopfe gezogen werden darf.

Der leichtere arterielle Blutzufluss schafft eine stärkere vis a tergo, die Dehnung des Halses und der Halsgefässe begünstigt in Verbindung damit den venösen Rückfluss, der sonst durch

diese Kopfstellung gehemmt wäre, jedenfalls insoweit, dass keine Stauung wie beim herabhängenden Kopf zu stande kommen kann. Ich sage daher kaum zu viel, wenn ich behaupte: der KkG. bewirkt eine aktive (arterielle) Hirnhyperämie, ein Durchspülen des Gehirns mit arteriellem Blut.

Fig. 8.

Kopfknickgriff. KkG.

Die Zeit von $1^1/_2$—2 Minuten genügt gewöhnlich, um die Cirkulationscentren umzustimmen, den Spasmus im Gefässsystem auszuschalten und der normalen Blutverteilung im Kopfe wieder zu rufen.

Wenn daher nach Ablauf der angegebenen Frist der Kopf des Patienten sanft wieder auf das Kissen zurückgelegt worden ist und der Kranke sich etwas orientiert hat, nehmen wir in der

Mehrzahl dieser Fälle die Erklärung entgegen, der Kopfschmerz sei verschwunden. Eine leichte Etirage und Effleurage, nach meiner Angabe ausgeführt, wird nachher stets angenehm empfunden werden. Auch der KkG. soll nach 10—15 Minuten etwa 70 Sekunden lang wiederholt werden, um das gewonnene Resultat sicher zu stellen.

In den Fällen, wo der Arzt erst gerufen wird, wenn der Schmerz bereits im höchsten Grade tobt und der Kranke sich kaum berühren lassen will oder wo die Manipulationen erfolglos angewendet werden, greife ich noch lange nicht zu Antipyrin, Phenacetin, Antifebrin oder gar zur Morphiumspritze, sondern gebe dem Gequälten eine kleine Krücke in die Hand, die wenigstens palliativ Gutes leistet. Das Instrument, welches ich Kopfgürtel benenne, beruht auf dem Princip der Nervendehnung. — Bekanntlich wird von den meisten Kranken dieser Kategorie instinktiv schon Druck auf die ergriffenen Partien als lindernd und wohlthuend herausgefunden, darum bindet sich fast jeder ein Tuch fest um den leidenden Kopf. Bedeutend wirksamer noch ist die Extension der Haut mit gleichzeitiger Anwendung hydropathischer Proceduren, wie sie der Kopfgürtel, der an Fig. 12 ersichtlich ist, ermöglicht. Drei Pelotten von Filz, mit feinem, weichem Badeschwamm gepolstert, sind leicht verstellbar an einem elastischen Gürtel befestigt, welcher letztere durch eine Klappschnalle fixiert werden kann. Nachdem die Schwämmchen mit heissem oder kaltem Wasser — je nach der Indikation für den betreffenden Fall — durchtränkt worden sind, setzt man sie an Stirne oder Schläfe derart auf, dass der leidende, zu dehnende Hautbezirk in die Mitte zwischen zwei Pelotten genommen wird, den Gürtel schlingt man ums Haupt, zieht ihn so fest an, als es angenehm erscheint, und klappt die Schnalle zu. Beim Anziehen des elastischen Gürtels dehnt sich die Haut zwischen den Pelotten sichtbar und fühlbar aus. Angenommen, der Schmerz sei besonders intensiv in der rechten Supraorbitalgegend, so kommt die erste Pelotte auf Stirnmitte, die zweite an den rechten Stirnrand, die

dritte distal von der Schläfe an den Haarsaum zu liegen. Ist die Temperatur der Schwämmchen nicht mehr angenehm, so benetzt man dieselben wieder aufs neue und drückt sie so aus, dass beim Anziehen des Bands kein Wasser herabträufelt. Bei heftigen Schmerzen auf dem Scheitel habe ich schon oft die Kranken den Gürtel um Scheitel und Kinn legen lassen, er wird auch so ganz gut ertragen und leistet seine schmerzerleichternden Dienste.

An Hand von einer Anzahl Krankengeschichten wollen wir nun sowohl die Behandlungsmethode im speciellen Falle wie auch die Leistungsfähigkeit der manuellen Therapie bei Migräne darzulegen suchen.

Zuerst möchte ich gerade den jüngsten Fall, der mir zur Behandlung kam, vorausschicken, weil derselbe so zu sagen als Schulfall angesehen werden kann.

Nr. 30. Fr. D. B., 29 Jahre alt, aus tuberkulöser Familie stammend, schwächlich und häufiger Migräne unterworfen, ruft mich am 12. April 1893 in ihr Haus. Sie hat infolge eines kleinen Ärgers seit gestern heftige, rechtseitige Hemikranie ohne Unterbrechung, der Schmerz steigert sich, da es gegen Abend geht (4 Uhr) und würde nach vielfachen Erfahrungen erst bis nächsten Morgen aufhören unter der Voraussetzung eines guten Schlafs in der folgenden Nacht. Es ist ihr beständig übel, sie geniesst gar nichts und verlangt dringend ein Mittel gegen den unausstehlichen Schmerz.

Ich lasse die Kranke sich mir gegenüber auf einen Stuhl setzen, die Kopfbinde wegnehmen und die Magengegend entblössen, sage ihr, es handle sich um eine genauere Untersuchung. Es liegt die angioparalytische Form der Migräne vor. Ich beginne mit Querdehnungen im Epigastrium, denen einige Längsdehnungen folgen; nach zwei Minuten kommt Elevation des Zungenbeins an die Reihe, welcher nach weiteren 90 Sekunden — stets unter Kontrolle der aufgelegten Uhr — gleich R. ebensolange Zeit angeschlossen wird. Beim Aufrichten des Kopfes erhalte ich den letztern, indem ich mich hinter die Kranke begebe, noch 1 Minute in KStG. und endige mit drei Effleuragestrichen über der Stirn, nach 6 Minuten die ganze Manipulation. Freudestrahlend erklärt die Kranke sofort, nun fühle sie sich ganz frei im Kopfe, sie habe gar keine Schmerzen mehr; wenn es nur so bleiben würde! 10 Minuten später wiederholte ich den KStG., wiewohl Patientin ganz schmerzfrei geblieben, um einer Rückkehr der Migräne vorzubeugen. Die Kranke bekam nicht die Spur von Kopfschmerz mehr und ist gesund geblieben bis heute, 4 Monate nach dem Anfall.

Nr. 31. H. M., Witwe, 45 Jahre alt, Wirtin, leidet seit mehr als 20 Jahren an Migräne, welche sich in unregelmässigen 4—6 wöchentlichen Intervallen einstellt. Am 15. Nov. 1889 nachmittags treffe ich sie in einem sehr heftigen Anfall, der bereits seit früh morgen gedauert hat. Gegen mein Anerbieten, ihr den

Schmerz nur mit Zuhilfenahme meiner Hände entfernen zu wollen, zeigt sie sich sehr skeptisch. Wir haben es mit der plethorischen Form zu thun. Zweimal innerhalb $^1/_4$ Stunde ZBG. mit nachfolgendem R. ausgeführt beseitigt die Migräne gründlich. 3 Monate später sehe ich die Patientin wieder, sie macht mir die Mitteilung, die Migräne hätte sich seither nicht mehr eingestellt, wiewohl sie nach frühern Erfahrungen wenigstens zweimal in diesem Zeitraum zu erwarten gewesen wäre, sie werde mich übrigens bei der nächsten Attacke sofort rufen lassen. Dies geschah am 15. März 1890. Erste Sitzung vormittags 11 Uhr ZBG. und R. mit absolutem Erfolg. Abends Kontrollvisite, wo ich erfahre, dass trotz vieler aufregender Arbeit sich keine Spur von Schmerz mehr gezeigt habe; ich schliesse prophylaktisch eine zweite Behandlung an.

Da die Frau sich später auswärts verheiratete, verlor ich den Fall aus dem Gesichte.

Nr. 32. R. E., in S., 41 jährige Witwe. Hochblonde, sehr nervöse Frau, welche in unregelmässigen Intervallen, meist aber zur Zeit der Periode — i. e. vor, während oder nach derselben — bei Überarbeitung und Aufregung an Migräne und Clavus hyst. leidet. Am 18. Febr. 1890 komme ich in ihre Wohnung und finde sie mit stark gerötetem Gesicht, thränenden Augen und verbundenem Kopf über sehr heftige linkseitige Hemikranie an Stirn und Scheitel klagend. ZBG. und KStG. $1^1/_2$ Minuten lang, während der Manipulation ruft Patientin aus, „jetzt ist der Schmerz auf die andere Seite übergesprungen!“ Es zeigt sich wirklich ein auspesprochener Clavus. Das Verfahren wird wiederholt; während des Ausklingens der Schmerzen stellt sich Schwindel ein, der bald von selbst wieder vergeht. Nach 7 Minuten Repetition der Handgriffe. Der Schmerz ist von der Bildfläche vollständig verschwunden. Später hatte ich noch mehrmals Gelegenheit, bei derselben Person nervöse Kopfschmerzen und eigentliche Migräne stets nur durch Handgriffbehandlung auszuschalten.

Nr. 33. St. E., 41 Jahre alt, Hauspatientin, leidet schon lange Zeit an typischer Migräne. Am 10. August 1889 starker Anfall, der bei meinem Eingreifen etwa 1 Stunde schon gedauert hatte. ZBG. und KKG. $1^1/_2$ Minuten lang; aller Schmerz sogleich behoben. Patientin, welche im Kapitel Migräne wohl bewandert ist, erklärte, sie hätte das bestimmte Gefühl gehabt, der Schmerz erscheine wiederum in altbekannter Weise, wo er alsdann vor 24 Stunden nicht aufzuhören pflegte. Nach der Manipulation hat sie im leidenden Kopfgebiet eine Empfindung wie wenn sie einen Backenstreich bekommen hätte. Während dreimonatlichen Aufenthalts in meinem Hause konnte die Hemikranie jedesmal im ersten Auftreten weggeschoben werden.

Nr. 34. Fr. A. D., 48 Jahre alt, Hausfrau und langjährige Migraenica. Am 30. Aug. 1889 angioparalytische Form der Hemikranie besonders in Gegend der rechten Orbita. Zweimal ZBG., aller Schmerz konzentriert sich aufs Auge; noch zweimalige Wiederholung derselben Procedur; die Migräne verschwindet ganz und der Schmerz springt über in die Fingerspitze des rechten Mittelfingers. Nachher 1 Stunde lang Euphorie. Damals übte ich meine übrigen mechanischen Methoden noch nicht. Im Januar 1893 kam ich bei derselben Dame wieder zu einem heftigen Migräneanfall, den ich mit der kombinierten Behandlung rasch zum guten Abschluss brachte.

Nr. 35. Fr. J. E. v. B., Witwe, 47 Jahre alt, — Hauspatientin, hat eine lange Leidensgeschichte mit vielen durch Migräne getrübten Tagen hinter sich. Sie giebt an, sie sei in ihrer Vaterstadt unter den Ärzten bekannt als eine der schwersten Formen neuroparalytischer Hemikranie. Während 3 Monaten hielt sie sich zur Behandlung in meinem Hause auf. Bei leichteren Anfällen und sobald ich frühzeitig genug eingreifen konnte, war es mir stets möglich, den Schmerz zu bannen, schon nach einer Minute ZBG. mit R. konstatiert die Kranke Schmerznachlass. Manchmal kehrte das Leiden schon nach $^1/_2$ Stunde wieder, um der erneuerten Procedur sogleich aufs schnellste zu weichen. Die schweren Attacken, welche sich ganz gewöhnlich in der Nacht um 2 Uhr einstellten, trotzten meiner damals geübten Behandlungsweise.

Nr. 36. Fr. W. M., Hausfrau, 44 Jahre alt, leidet seit mehr als 20 Jahren an Migräne, welche Verdickungen in der Halsmuskulatur, beulenartige Anschwellungen an der Linea nuchae superior und inferior und hanfkorngrosse Knötchen am Haarsaum hervorzubringen vermochte. Die Attaquen werden, wenn ich rechtzeitig dazu komme, in kombinierter Methode behandelt, die pathologischen Veränderungen an Hals und Kopf wegmassiert. Jetzt ist die Migräne so zu sagen besiegt, hie und da einmal stellt sich, besonders nach Erkältungen, nur noch gewöhnliches Allgemeinkopfweh ein.

Nr. 37. Frl. S. E., 40 Jahre alt, ist der Migräne sehr unterworfen gewesen. Seit $1^1/_2$ Jahren bearbeite ich in grossen Zeitabständen ihre Halslymphdrüsen und Muskelknoten mit dem Erfolg, dass nun seit langer Zeit gar keine heftigen Anfälle mehr kommen. Sie kann jetzt wohl als geheilt betrachtet werden. Ihren letzten Migräneanfall beseitigte ich rasch und dauernd um Neujahr 1893 durch KKG. allein, Patientin hatte damals ein sehr blasses Aussehen während der heftigen Schmerzen, es handelte sich um spastische Form der Migräne. Da die Produkte chronischer Reizung der gefässumspinnenden Nerven beseitigt sind, braucht es schon einen heftigen Insult, einen Migräneanfall wieder hervorzurufen.

Hiermit will ich die Kasuistik, welche ich noch durch eine Reihe von Fällen vermehren könnte, abschliessen und meine Erfahrungen in mechanischer Behandlung der Migräne in folgendem zusammenfassen:

Der Migräneanfall kann in der Mehrzahl der Fälle durch meine Handgriffe vollkommen und dauernd beseitigt werden.

Der Arzt hat die zwei Hauptformen auseinander zu halten und danach die oben beschriebenen Manipulationen zu wählen und durchzuführen. Es giebt aber bisweilen Formen, welche nicht sehr scharf ausgeprägt sind; hier ist dem Behandelnden oft der Kranke selbst der beste Wegleiter. Wenn eine Procedur den Kopfschmerz ausgesprochenermassen erhöht, muss sie aufgegeben und dasjenige Verfahren eingeschlagen werden, welches

den gegenteiligen Effekt auf die Cirkulationsverhältnisse im Schädelraume ausübt. Die verschiedenen Handgriffe müssen in angegebener Reihenfolge kombiniert und erheblich länger ausgeführt werden als bei gewöhnlichem Kopfweh, auch sind Wiederholungen derselben fast immer notwendig.

Zur Radikalheilung der Migräne auf mechanischem und hygienischem Wege gehört in erster Linie jedesmaliges sofortiges Ausschalten des Anfalls sobald er sich zeigt, in zweiter Linie Entfernung der Krankheitsprodukte durch Massage, eventuell Behandlung krankhafter Organe, welche als Einfallspforten dienen könnten und vor allem eine Regeneration des ganzen Nervensystems auf anderer Basis durch einfache, nicht verfeinerte Diät und Lebensweise und rationelle Abhärtung des ganzen Körpers.

## Schwindel.

Der Schwindel ist, wie die Migräne, nur Krankheitssymptom und entspringt dieser ähnlich den verschiedensten Ursachen.

Mit der spastischen Form der Cephalalgie hat er das Gemeinsame, ebenfalls durch einen Reiz auf die vasomotorischen Centren, der Kontraktion der Kapillaren erzeugt, hervorgerufen zu werden. Weitaus in der Mehrzahl der Fälle tritt Schwindel auf infolge von Magenreiz.

Germain Sée spricht sich darüber (s. Deutsche Med. Wochenschrift 1890, Nr. 33) folgendermassen aus: „Der Schwindel, den man a stomacho laeso bezeichnet, lässt sich nicht durch eine einfache Reflexwirkung auf das Gehirn erklären. Der Schwindel besteht in einer cerebralen Cirkulationsstörung und nicht in einer Gehirnaffektion, die gar nicht zu erklären wäre. Irgend ein Reiz, ein Hungergefühl, eine schmerzhafte Ausdehnung des Magens, oft selbst ein unbewusster (!) Reiz von seiten des Magens gelangt zur Medulla oblongata, wo er das vasomotorische Centrum antrifft und erzeugt dort eine Kontraktion aller (?) Hirngefässe. Es kommt so zu einer mehr weniger andauernden Oligämie, die durchaus nicht die Funktion des Gehirns nachteilig beeinflusst, obwohl sie in der Regel als drohende Kongestion sehr gefürchtet wird. Neben dem Schwindel figuriert die Agoraphobie, Platzfurcht, die gleicher Natur wie der Schwindel ist. Die Migräne entsteht unter ähnlichen Verhältnissen, sie ist ebensowenig wie der Schwindel direkt digestiven Ursprungs (Sarda),

sondern ebenfalls eine Gefässstörung infolge eines Magenreizes, der gleichfalls in den Bulbus gelangt und auf die Gefässnerven des Kopfes, seiner Muskeln und des Gehirns selbst reflektiert."

Mit Behandlung des Schwindels als solchen, oder besser gesagt des Schwindelanfalls, genügen wir unter allen Umständen nur einer symptomatischen Indikation und setzen uns eventuell dem Vorwurfe aus, nicht rationelle Therapie zu treiben, weil Vertigo einer ganzen Reihe differenter Krankheitsbilder als Symptom zugehört.

Dem gegenüber hebe ich hervor, dass auch der Kliniker gezwungen ist, in vielen Fällen dem in Rede stehenden hervorstechendsten Symptom speciell seine Therapie angedeihen zu lassen, wenn er, sei es auch mit der Aufforderung, die Ursachen aufzusuchen, den Schwindelaufall durch Derivantien und hydropathische Proceduren u. s. w. (s. Eichhorst, spec. Pathologie und Therapie III, S. 530) zu bekämpfen empfiehlt. Gar häufig muss er sogar, trotz des grossen Apparates, mit dem er zu Felde zieht, seine Ohnmacht bekennen gegenüber dem ebenso hartnäckigen als lästigen Feinde.

Vielfache Erfahrung hat mich gelehrt, dass Schwindel in weitaus der Mehrzahl der Fälle auf Oligämie gewisser Hirnbezirke basiert, dass er, dem nervösen Kopfschmerz adäquat, den ihn veranlassenden Reiz lange überdauert und dass unter diesen Voraussetzungen wir im KkG. (s. Fig. 8, S. 45) ein souveränes Mittel gegen den Schwindelanfall besitzen.

Habe ich durch Anamnese und Exploration festgestellt, dass der konkrete Fall in die Kategorie des „oligämischen" Schwindels gehört, so lasse ich den Patienten sich auf einen Stuhl vor mich hinsetzen, nehme seinen Kopf in die Hände, knicke und schiebe denselben ganz kräftig nach vorn und unten, verharre $1^1/_2$ bis 2 Minuten in dieser Position, um dann wieder langsam und sachte in Grundstellung zurückzukehren.

Nach früher Gesagtem bewirkt die eben angeführte Manipulation einen vermehrtern und raschern Zufluss von arteriellem

Blut zum Gehirn, ohne Stauung im venösen System zu verursachen. Die angegebene Zeit genügt erfahrungsgemäss, diejenigen Regionen im Hirn, welche im Zustande von Oligämie sich befanden, wieder unter normale Cirkulationsverhältnisse zu versetzen, wodurch der Schwindel gehoben wird.

In einer ganzen Anzahl von Fällen reicht die einmalige Anwendung des KKGs. aus, den Schwindel bleibend zu beseitigen. Es sind dies besonders Schwindelanfälle a stomacho laeso; hie und da ist dies auch der Fall bei apoplektischen Schwindel und so zu sagen stets in den Formen, wo der Schwindel zurückgeblieben ist nach längst verschwundenem Reiz. Keine oder nur vorübergehende Resultate sind zu erwarten, wenn unheilbare organische Leiden irgendwelcher Art dem Symptome zu Grunde liegen.

Einige Krankengeschichten mögen meine Erfolge bei verschiedenen Formen von Schwindel klar legen.

Nr. 38. S. M., 36 jährige Hausfrau, wurde im August 1890 von so heftigem Schwindel befallen, dass sie regungslos im Bette liegen musste und nicht einmal die Augen zu öffnen wagte, aus Furcht, Schwindel zu bekommen. Hausmittel, die seit ein paar Tagen angewendet worden und hauptsächlich in Laxantien bestanden, waren absolut erfolglos geblieben. Die Kranke weiss keine Schädlichkeit anzugeben, auf welche sie ihr Leiden zurückführen könnte, da sie aber häufig von Migräne heimgesucht wird, halte ich den jetzigen Anfall für ein Äquivalent von Hemikranie. Mit Mühe ist Patientin zu bewegen, sich bei geschlossenen Augen aufzusetzen, um sich zum KkG. einzurichten. Nach Anwendung des Handgriffs während $1^1/_2$ Minute ist die Kranke im stande, die Augen zu öffnen, sie fühlt sich völlig schwindelfrei, den ersten Augenblick seit vier Tagen. Das erste Mal dauert die Euphorie nur eine halbe Stunde, nachher werden die Pausen immer grösser und nach fünf Sitzungen innerhalb vier Tagen ist die Kranke vom Schwindel geheilt, ohne dass ein medikamentöses Mittel angewendet worden wäre.

Nr. 39. S. N., 51 Jahre alte Bäuerin, hatte nach vorangegangenem heftigen Schwindel am 21. Sept. 1889 einen apoplektischen Insult mit vollständiger Lähmung der rechten Seite und Paraphasie. Die Sprachstörung dauerte noch monatelang an, verschwand aber im Laufe des folgenden Jahres vollständig. Die Paralyse der Extremitäten heilte verhältnismässig rasch und liess durchaus keine Kontrakturen und Steifigkeiten zurück. Ich befolge nämlich bei allen Apoplexien, auch wenn die Aussicht auf Wiederherstellung eine minime ist, konsequent den Grundsatz, gleich vom ersten Tage an passive Bewegungen aller betroffenen Gelenke zuerst selbst auszuführen und nachher durch das Wartepersonal mehrmals im Tage wiederholen zu lassen. Alle Be-

wegungen müssen ausgiebig durchgeführt und besonders Finger- und Handgelenke durchgedrückt werden. Macht man die Übungen gleich von Anfang an, so sind und werden sie nicht schmerzhaft und die lästigen, störenden und später sehr schmerzenden Kontrakturen kommen gar nicht zu stande. Die Wiedergebrauchsfähigkeit der gelähmten Glieder wird eine viel vollkommnere als bei allen andern Behandlungsmethoden, die Anwendung der Elektricität kann erspart werden. Ich mache hier diese Parenthese, weil ich viele ausgezeichnete Ärzte kenne, welche die Gliedmassen der Apoplektiker massieren und galvanisieren, aber die frühen Passivbewegungen nicht kennen oder nicht üben. Am 18. Sept. 1890, gerade ein Jahr nach dem ersten apoplektischen Anfall, stellte sich Schwindel und Erbrechen ein; nach drei Tagen ist beides wieder vorbei, aber am 23. Nov. 1890 trat aufs neue so heftiger Schwindel auf, dass Patientin ins Schwanken geriet, sich an den Wänden halten und ins Bett gebracht werden musste. Brechreiz, Sprachstörungen und Lähmungen blieben aus. Ich wurde sogleich zu der Kranken geholt und traf sie im dunklen Zimmer, in Rückenlage auf dem Bette liegend, nicht wagend ein Auge zu öffnen, geschweige sich aufzurichten. Nach vieler Überredung und unter Angabe, es sei zur Untersuchung notwendig, brachte ich die Kranke dazu, sich im Bette aufzusetzen. Sogleich wird KkG. appliziert, die Kranke, welche gar nicht wusste, worum es sich handeln sollte, erklärte aus freien Stücken, nun fühle sie sich viel wohler, öffnete die Augen und sass frei da. In zwei Intervallen von je zehn Minuten wiederholte ich den Handgriff, nun war der Schwindel spurlos verschwunden, kehrte nicht wieder auch bei einem Influenzaanfall mit starkem Kopfschmerz im April 1893. Die Kranke ist zur Zeit gesund und vollkommen arbeitsfähig.

Nr. 40. M. A., 79jährige Witwe, hatte unter starkem Schwindel und Erbrechen schon zwei leichtere Apoplexien mit nur vorübergehenden Störungen durchgemacht als sie im Nov. 1890 wiederum an heftigem Schwindel erkrankte. Sie lag, als ich gerufen wurde, im Bett, konnte zwar die Augen öffnen, erklärte aber, sie habe das Gefühl, wie wenn das ganze Zimmer mit ihr im Kreis ringsumgehe (Radschwindel). Es bestand kein Zweifel über die Diagnose, wir hatten, wie im vorigen Falle, apoplektischen Schwindel vor uns; das Herz erwies sich aber nicht wie dort völlig gesund, denn es wurde arhythmischer, intermittierender Puls konstatiert. Ich machte die Frau im Bett aufsitzen und vollführte in sehr gezwungener Stellung den KKG., da es unmöglich war, von hinten beizukommen. Nach 70 Sekunden fühlte sich die Alte ganz schwindelfrei und blieb bis heute von Apoplexie und Schwindelanwandlungen verschont. Kontrollbesuche und bezügliche Anfragen sind seither wiederholt gemacht worden.

Nr. 41. Der 65jährige Landwirt und Händler H. J. in S. litt neben Tic convulsif rechterseits schon seit wenigstens acht Jahren an Schwindel und zwar in der Art von kurzen Attacken — Schwickschwindel. Vor langer Zeit, er kann das Jahr nicht mehr angeben, es mögen aber wohl 25 Jahre her sein, hatte er einmal einen apoplektischen Insult, ohne Recidive seither. Im Dezember 1890 unterzog sich Patient meiner mechanischen Behandlung, spürte sofortige Erleichterung nach der ersten Sitzung und nach vier weiteren Sitzungen war der Mann von seinem Schwindel durch den KkG. allein geheilt. Ich sah den Kranken zuletzt im April 1893, wo er an Influenza litt, er versicherte mich, seither, also volle drei Jahre lang, nie mehr Schwindel gehabt zu haben und preist sich glücklich, dass ein so

einfaches Verfahren zu stande brachte, was eine Reihe von Ärzten und Mitteln in Jahren nicht vermocht hatte.

Nr. 42. S. J., Landwirt, 69 Jahre alt, hatte schon oft heftige und langdauernde „Schwindelperioden", die aller ärztlichen Behandlung trotzten. Emphysem, Herzhypertrophie und Atherom werden konstatiert, Magenstörungen sind zur Zeit ebenfalls vorhanden. Am 7. Dez. 1891 wurde Patient zum ersten Male mechanisch behandelt; sofort nach der Manipulation war der Schwindel wie weggeblasen. Erst nach einem Jahre zeigte sich ein Recidiv, das ebenso schnell beseitigt werden konnte. Im April 1893 waren Herz- und Lungenleiden so viel weiter geschritten, dass hydropische Erscheinungen eintraten, der Schwindel aber regte sich nicht.

Nr. 43. O. K., 46 Jahre alt. — Landwirt. — Patient, starker Potator, leidet schon lange an Schwindel, so dass er nicht in die Höhe sehen und keine Leiter besteigen darf. Kam Mai 1892 in Behandlung. In fünf Sitzungen von seinem Übel befreit, wünscht er im März 1893 ausdrücklich wieder durch Handgriff behandelt zu werden, weil ihm einzig diese Behandlungsweise gut gethan und geholfen habe, während alles, was er sonst probierte, resultatlos geblieben sei. Auch jetzt zeigt sich der KkG. wirksam, wiewohl Patient sich im Trinken weder während noch nach der Behandlung zurückhielt.

Nr. 44. Frau F., 70jährige Witwe in K., klagt, sie bekomme schon lange Zeit jeden Morgen beim Aufsitzen Schwindel, der dann lange anzuhalten pflege Der Fall erinnert an das Experiment Leubes, der Schwindel bei einem Kranken hervorrufen konnte, indem er in Rückenlage des Patienten auf dessen Magen drückte und dann den Kranken aufstehen liess (Eichhorst l. c. III, 104). Magenleiden fehlt, aber es sind geschlängelte atheromatöse Arterien vorhanden.

Die einzige Therapie war Anwendung des KkG. in 5—6tägigen Zwischenräumen. Nach fünf Sitzungen erklärt sich die Kranke für geheilt. Vier Monate später treffe ich dieselbe wieder, sie giebt an, es zeige sich nur hie und da einmal noch eine Spur des alten Übels, welche sie aber gar nicht beachte, sie fühle sich geheilt.

Nr. 45. Fr. H., 60jährige Hausfrau, hat schon mehrere Monate lang fast anhaltenden Schwindel, wogegen ihr Hausarzt erfolglos ankämpfe, von Nr. 44 wird sie an mich gewiesen. Es ist weder Magenleiden noch Stuhlverstopfung vorhanden und an Apoplexie hat die Kranke nie gelitten; die Frau kann zwar ausgehen, aber „oft schwanke sie wie ein Betrunkener, so dass sie sich förmlich schäme herum zu laufen". Behauptet, nur wenig und jetzt gar nicht zu trinken. Nach dem ersten KkG. fühlt sie sich nicht völlig frei, aber viel besser, und nach drei weiteren Sitzungen in Abständen von 2—3 Tagen ist die Frau gesund und bleibt es, wie sie mir zwei Monate später bei einem Kontrollbesuche versichert.

Nr. 46. W., 56jähriger Beamter mit einem Milztumor, welcher den ganzen Bauch einnahm und wenigstens 10 kg wiegen mochte, konsultierte mich im Nov. 1890 und klagte unter anderem hauptsächlich über sehr lästigen Schwindel. Ich machte probeweise den Versuch mit KkG., der Schwindel schwand, doch dauerte die Erleichterung, wie kaum anders erwartet werden konnte, nur einige Stunden an.

Selbstverständlich giebt es Fälle, wo der Handgriff gegen Schwindel nur für kürzere Zeit wirksam bleibt und oft wiederholt werden muss; so habe ich z. Z ein sehr anämisches Mädchen in Behandlung, das besonders am Morgen stark an

Schwindel leidet. Der KkG. beseitigt jedesmal das Leiden für den ganzen Tag, selten tritt gegen Abend eine leichte Reminiscenz davon auf, die jeweils schnell wieder verwischt werden kann. Fälle, wo der KkG. nicht wenigstens momentan gut that, habe ich noch keine in Händen gehabt.

Besonders hervorzuheben ist noch die prompte Wirkung des KkG. bei Schwindel, der infolge von Zurücklegen des Kopfes, Redressement, wie wir früher gesehen haben, nicht selten entsteht.

## Brechreiz und Erbrechen.

Den nervösen Brechreiz — und welcher Brechreiz ist im Grunde nicht nervös! — behandle und unterdrücke ich mit einem Handgriff, den ich für eine der wichtigsten Errungenschaften mechanischer Therapie zu bezeichnen mich berechtigt halte, ist er doch im stande, jeden Brechreiz, der nicht auf unheilbarem Körperleiden oder schwerer Intoxikation basiert, ich darf fast sagen mit mathematischer Sicherheit auszuschalten. Diesen kühnen Ausspruch zu thun, wage ich allerdings erst nach vierjähriger Ausübung meiner Methode in vielen Hunderten von Malen, nachdem ich die Technik vollkommen ausgebildet habe und beherrsche und das zustimmende Urteil von vielen Kollegen mir zur Seite steht.

Das Verfahren, welches ich zur Beseitigung des Brechreizes in die Medizin einführte und

**Elevation des Zungenbeins oder Zungenbeingriff (ZBG.)**

benenne, ist folgendes:

Der Operateur setzt oder stellt sich vor den Kranken, Antlitz gegen Antlitz.

Mit der Volarfläche beider Daumenspitzen fährt er zu beiden Seiten des Kehlkopfs langsam nach oben bis er in der Kinnhalsfalte auf die grossen Zungenbeinhörner trifft. Durch ein paar schaukelnde Bewegungen überzeugt er sich, dass die Finger wirklich das Os hyoides berühren. Nun schiebt er die Daumen bis

zur Medianlinie vor, legt die Volarseite derselben vollkommen parallel unter das Knöchelchen, den Zungenbeinkörper gleichmässig unterfassend, und hebt leicht, sanft aber doch energisch die „Halsrippe“ in die Höhe, einen Druck gegen die Wirbelsäule hin sorgfältig vermeidend. Die übrigen Finger kommen entweder längs des aufsteigenden Astes des Unterkiefers bis an die Schläfe zu liegen oder stützen sich auf der Schulter des Patienten auf

Fig. 9.

Zungenbeingriff. Handstellung.

oder der Zeige- resp. Mittelfinger hakt sich in der Ohrenmuschel des letzteren ein. Das Einsetzen in der Gegend des Antitragus geschieht nur zu dem Zwecke, die Manipulation für den Behandelnden zu einer weniger ermüdenden zu gestalten. Das Zungenbein kann, je nach seiner leichteren oder schwereren Beweglichkeit, meiner Schätzung nach, um 5—12 mm gehoben werden. Finger- und Handstellung sind, so gut dies bildlich möglich ist, in Fig. 9, 10 und 11 wiedergegeben.

In dieser „gehobenen“ Stellung verharrt man ruhig und ohne nachzugeben 60—90 Sekunden, wenn nicht der Patient bereits

früher schon erklärt, Übelsein und Neigung zum Erbrechen seien völlig geschwunden. Nach $1^1/_2$ Minuten ist in der Regel der nervöse Brechreiz durch den Handgriff besiegt, in einzelnen Fällen nur muss 5—10 Minuten später die Manipulation wiederholt werden.

Ist jedoch der Brechakt bereits eingeleitet, sind schon kräftige Würgbewegungen vorhanden und selbst das Pumpwerk des Kehlkopfs in voller Thätigkeit, muss allerdings die Fixation des Zungenbeins oft länger und auch energischer durchgeführt werden. Man darf sich in diesem Falle weder durch Bitten des Kranken, ihm das Brechen doch lieber zu gestatten, noch durch

Fig. 10.

Fingerstellung. Einhaken in die Ohrmuschel.

Rücksicht auf die eigene Toilette im Falle einer Eruption, verleiten lassen, den Stützpunkt aufzugeben. **Jeder Würgbewegung ist ein kräftiges Halt entgegen zu setzen.** Geschieht dies mit dem feinen Gefühl langer Übung und unter Vermeidung des Druckes nach hinten, so ist die ganze Procedur schmerz- und be-

schwerdelos, während eine Kompression des Pharynx als recht widrig angegeben wird.

Im Anfang der Praktizierung meines Handgriffs wich ich hie und da einmal aus Furcht vor unliebsamer Bescherung zurück, jetzt behaupte ich stets das Feld, da ich von der Sicherheit des Erfolgs überzeugt bin.

Ist der Behandelnde ängstlich oder erheischen es die Umstände sonst, kann der ZBG. vom Rücken des Patienten her ausgeführt werden. Fig. 11 markiert die gegenseitige Position.

Fig. 11.

Zungenbeingriff vom Rücken aus angewendet.

Die Daumen bleiben unter dem Zungenbeinkörper liegen wie sonst, die übrige Hand schliesst sich ans Ohr an, die Vorderarme stützen auf den Schultern des Behandelten auf und das Os hyoides wird nach oben geschoben; ein Zurückdrücken desselben ist

bei dieser Stellung fast unmöglich, hingegen braucht es mehr Übung, den Handgriff so mit Erfolg durchzuführen.

Dem recht Geübten gelingt es auch, den ZBG. mit einer Hand, den Daumen auf den Zungenbeinkörper, die übrigen Finger auf das Kinn des Patienten gesetzt, zum Ziele zu führen, es darf dies jedoch nur zum Zwecke des Ausschaltens von Brechreiz geschehen.

Abnormitäten des *v* förmigen Knöchleins[1]), welche die Ausübung des Handgriffs verunmöglichten, sind mir noch keine vorgekommen, jedoch können zu starke Krümmung des Zungenbeinkörpers und grosse Rigidität, wie alte Leute sie zeigen, nicht unerhebliche Schwierigkeiten bieten.

Anfänglich fasste ich beim ZBG. mit den beiden Daumen immer nur die grossen Zungenbeinhörner, was denselben eher etwas erleichtert, jedoch fand ich den Griff unter dem Körper für den Patienten weit weniger unangenehm und grössere Sicherheit bietend für den Arzt gegen die, allerdings fast undenkbare, Eventualität der Verletzung eines in seiner Substanz bereits schon erkrankten Knochens.

Manchmal ist es für den behandelnden Arzt nicht geräde leicht, das Zungenbein seines Klienten aufzufinden, es trifft dies besonders zu bei sehr fetten Hälsen. Man hüte sich namentlich vor einer Verwechslung des Zungenbeinkörpers mit der Prominenz des Schildknorpels, was leicht zu umgehen ist, wenn man, meiner Angabe folgend, durch Hinauffahren mit den Daumen zu beiden Seiten der Luftröhre und des Kehlkopfs auf die Suche der Cornua majora geht.

Das Gefühl, welches man während der Elevation des Zungenbeins empfindet, kann ich nach meiner eigenen Erfahrung und den Aussagen vieler Versuchspersonen nicht besser bezeichnen als ein eigentümliches Luftgefühl, eine Sensation, wie wenn die

---

[1]) Vergl. darüber: V. Peter, Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Zungenbeins. Basler Dissertation 1888.

Luftröhre weiter geöffnet wäre und die Luft viel leichter und freier in dieselbe einströmen könnte. —

Um eine Erklärung der Wirkung des ZBGs. gegen den Brechreiz und das Erbrechen geben zu können, müssen wir uns den physiologischen Vorgang beim Brechakt vergegenwärtigen.

Der Brechakt stellt, analog dem Husten, eine zweckmässige Reaktion des Körpers gegen in den Schlund oder Magen eingedrungene Schädlichkeiten dar, indem er dieselben durch den Mund wieder zurückbefördert, er ist also ein Reflexakt. Säuglinge lassen ihren Magen, ganz ähnlich den Ruminanten, mühe- und beschwerdelos übergehen. Weniger leicht und angenehm gelingt dies den Erwachsenen. Das Gefühl allgemeiner Depression, Kopfweh, Schwindel, Ekel, Druck, Spannung und Schmerz in der Magengegend gehen gewöhnlich dem Brechakte voraus. Beim Erbrechen selbst beteiligt sich die ganze Bauchpresse, das Zwerchfell, ein Teil der Atemmuskulatur und — nach den Untersuchungen von Schiff — der Magen selbst hauptsächlich durch energische Erweiterung, resp. Eröffnung der Cardia. Nach Magendies berühmt gewordenem Versuch — Ersetzen des Hundemagens durch eine Blase und Einspritzungen von Tart. emet. in eine Vene, wobei die Blase als Magen sich doch durch Erbrechen entleerte — würden die Brechmittel nicht vom Magen aus, sondern durch indirekten Reiz auf das Brechcentrum wirken. Schiff und Tantini zeigten dagegen, dass die Längsfaserbündel des untern Teils des Oesophagus und diejenigen der Cardia, nicht aber die Peristaltik, sondern mehr die Bauchpresse direkten Anteil am Brechakt haben.

Den Brechmechanismus hat man sich demnach beim Erwachsenen folgendermassen zu denken:

Bei zunehmendem Brechreiz werden in kurzen Intervallen fortwährend Speichel und Luft geschluckt, so dass sich der Magen prall mit Luft anfüllt. Der Brechstoss beginnt mit tiefer Inspiration bei offener, dann bei geschlossener Glottis. Während der Brustteil der Speiseröhre so unter vermindertem Druck steht,

werden die Widerstände im obern Oesophagus und Rachen durch gleichzeitige Kontraktion der Mm. geniohyoidei, sternohyoidei, welche Kehlkopf und Zungenbein nach vorne ziehen, vermindert. Durch den Glottisschluss hört die Respiration auf, das Zwerchfell bleibt daher kontrahiert und fixiert und seine die Cardia erweiternden Fasern öffnen den Magenmund wie die Zungenbein und Kehlkopf nach vorn ziehenden Muskeln den Widerstand an der Schlundapertur lösen, das ganze Speiserohr ist so zu sagen geöffnet. Der Magen mit seinen prallen Wänden findet sich gewissermassen zwischen Zwerchfell und Bauchmuskulatur fest eingeklemmt und bei plötzlichem Zusammen ziehen der letztern wird durch die eingeschlossene Luft ein Teil des Mageninhalts in kräftigem Strahle durch den Mund herausgespritzt.

Der ganze Akt kann so ziemlich nachgeahmt werden durch einen Kautschukballon mit Röhre, der mit Wasser und Luft gefüllt, von der umschliessenden Hand periodisch zusammengepresst wird — Ballonspritze. Der Ballon repräsentiert den Magen, der Schlauch die Speiseröhre, die Hand das Zwerchfell und die Finger spielen die Rolle der Bauchpresse.

Als Koordinationscentrum für den Brechakt nimmt man eine Stelle im verlängerten Mark, nahe dem Atem- und Schluckcentrum, an. Dem Vagus als Nerv, der die Cardia und sämtliche Halseingeweide innerviert, wird die Rolle des Vermittlers zwischen Centrum und der beim Brechen beteiligten Muskulatur zugeschrieben. Wenn vagotomierte Hunde doch brechen, so ist dies nach Schiff ein zufälliges Zusammentreffen mit Brechbewegungen bei auf anderem Wege erweiterter Cardia.

Die Erregungen des Brechcentrums erfolgen meist reflektorisch durch die Bahnen des N. glossopharyngeus für den Schlund, des Vagus für Schlund und Magen, des Splanchnicus für Magen, Darm, Nieren und Uterus. Selbst bei Darmverschluss ist nicht die Peristaltik, sondern der Splanchnicusreiz am Erbrechen schuld. Auch vom Hirn aus kann durch Ekel, Schwindel, Verletzung

oder Erkrankung des Gehirns Anregung zum Brechen erfolgen, indem von höher gelegenen Partien aus das Centrum in der Medulla oblongata in Reizzustand versetzt wird.

Die ausführlichere Reproduktion des physiologischen Vorgangs beim Brechakt war notwendig, um an Hand derselben die Begründung meiner Theorie über die Wirkung des ZBGs. gegen Brechreiz und Erbrechen Punkt für Punkt erörtern zu können.

Den ersten Akt des Brechdramas leiten ein Luftschlucken und Pumpbewegungen des Schlundkopfs. Es leuchtet ohne weiteres ein, dass Elevation und Fixation des Zungenbeins in der von mir angegebenen Weise sowohl das Schlucken als das Auf- und Niedersteigen des Larynx verunmöglicht. Der präparatorische Teil des Brechakts fällt somit durch die Manipulation aus.

Der zweite Akt beginnt mit dem Glottisschluss.

Kappeler[1]) giebt als wirksamstes Mittel zum Wegsammachen des Kehlkopfeingangs bei Asphyxie das Vorziehen der Zunge und das Lüften des Unterkiefers an. Er machte hierüber Versuche am Kadaver, welche beweisen, dass mit dem Heben des Schlundkopfes die Glottis geöffnet wird.

Ich habe diese Thatsache seiner Zeit nutzbar gemacht für meinen Handgriff zur Unterdrückung des Stickkrampfs beim Keuchhusten[2]). Dabei kam mir der Gedanke, es könnte wohl durch direktes Anfassen und Heben des Zungenbeins selbst derselbe Zweck in einfacherer und ausgiebigerer Weise erreicht werden. Ich machte daraufhin meine Versuche und fand, dass dem in der That also ist:

Durch die Elevation des Zungenbeins wird der Glottisverschluss aufgehoben — daher das geschilderte „Luftgefühl“ bei der Manipulation — und es fällt dadurch ein zweites zur Begünstigung des Brechakts nötiges Moment dahin. Dem Glottisschluss folgt die Kontraktion der Mm. genio- und sternohyoidei, sowie der sterno- und hyothyreoidei, durch

[1]) Kappeler, Anaesthetica. S. 126 und 127 und Abbildungen S. 218/19.

[2]) Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte 1889. Nr. 14. S. 418 ff.

welche Zungenbein und Kehlkopf nach vorn gezogen, fixiert und die Schlundapertur geöffnet wird.

Der ZBG. wirkt der Kontraktion der betreffenden Muskeln diametral entgegen, löst den etwa schon bestehenden Krampf derselben, schiebt den Schlundkopf in die Höhe, wodurch nicht nur der Eingang in den Oesophagus nicht geöffnet, sondern geradezu mechanisch wie durch ein Kugelventil geschlossen wird. Es zeigt sich diese Wirkung des ZBG. ganz besonders während des Brechaktes selbst. Sie ist schuld, dass die bereits in die Speiseröhre geschleuderten Massen nicht in den Pharynx gelangen können, sondern wieder zurückgewiesen werden.

Damit wird wiederum ein sehr wichtiges Glied aus der Kette ausgeschoben. Endlich kommt noch als bedeutendster Faktor hinzu, dass durch den beim ZBG. auf den Kehlkopf und dessen Muskulatur geübten Zug ein direkter Reiz auf den N. vagus ausgeübt wird, sei es nun auf den Stamm desselben oder, was wahrscheinlicher, auf seine Endigungen im Larynx oder aber auf die Accessoriusfasern im M. sternocleidomastoideus.

Der Reiz besteht offenbar in einer Nervendehnung, welche durch Emporziehen des Zungenbeins ganz sicher wenigstens am N. laryngeus inf. n. recurrentis im Innern des Larynx zu stande kommen muss. Welch kräftigen nervenumstimmenden Reiz eine Nervendehnung involviert, haben wir aber bereits an vielen Beispielen ersehen und werden es im folgenden noch weiter erfahren.

Bei einer kleinen Anzahl von Personen, meiner Erfahrung nach besonders bei psychisch Verstimmten, wirkt das Lüften des Zungenbeins in perverser Weise, d. h. es löst zuerst Schluckbewegungen und hernach Brechreiz aus, was ich, gewiss nicht mit Unrecht, als weitere Bestätigung meiner Annahme, der ZBG. bewirke direkt einen Reiz auf den Vagus, deute.

Zum Schlusse noch zwei Beweise ex juvantibus: der ZBG. beseitigt in weitaus der Mehrzahl der Fälle schon den Brechreiz. Wenn noch keine präparatorischen Brechbewegungen sondern nur nervöse Symptome vorhanden sind, fallen alle andern an-

geführten Argumente dahin, die Wirkung des Eingriffs kann nur eine solche auf die reizauslösenden Nerven sein.

Die nervöse Aphonie, welche sich in den Bezirken des N. laryngeus inf. n. vagi abspielt, wird, wie wir an Beispielen sehen werden, durch Elevation des Zungenbeins meist sofort beseitigt; es kann dies nur geschehen infolge Einwirkung auf den X. Hirnnerven.

Der Indikation für die Anwendung des Brechhandgriffs setze ich recht weite Grenzen. Selbstverständlich werde ich die Manipulation nie anwenden bei Magenstörungen, hervorgerufen durch Intoxikationen oder Ingesta, bei welchen Entleerung des Magens die erste Forderung rationeller Therapie ist. Sonst rate ich in allen Fällen, wo es erwünscht und angezeigt ist, den Brechreiz zu unterdrücken und dem Erbrechen entgegen zu steuern ohne weiter den ZBG. in Anwendung zu bringen und nehme auch unheilbare Krankheiten nicht aus, weil die Erfolge des mechanischen Verfahrens selbst hier diejenigen jeder andern Therapie bei weitem überragen.

Ein grosses und wichtiges Feld zur Erprobung unserer Methode liefert die Hysterie. Die Hysterie charakterisiert sich dadurch, dass die normalen Widerstände in den Nervenleitungen ausgefallen sind. Sowohl im sensibeln als motorischen System ist ein Grossteil der Hemmungselemente untergegangen, es reagiert darum der Körper schon auf sonst übersehene oder für gewöhnlich nicht zur Geltung kommende Reize; es lösen sich Reflexe aus, welche bei normalem System umsonst anklopfen und kleinsten Ursachen entstammen unverhältnismässig grosse Wirkungen.

Dies zeigt sich deutlich beim hysterischen Erbrechen. Schon der Gedanke an gewisse Speisen, der Geruch eines durchaus nicht unbeliebigen Gerichts, der Löffel, welcher die Lippen berührt, ruft Brechreiz hervor. Es wird gebrochen vor, während und nach dem Essen, ohne Unterschied des Genossenen. Unsere ganze bisherige Therapie zeigt sich machtlos gegenüber dem

richtigen hysterischen Vomitus. Sehen wir uns schnell danach um, was die Autoren gegen das hysterische Erbrechen empfehlen.

Jolly[1]) schreibt:

„Das hysterische Erbrechen gehört zu den allerhartnäckigsten Symptomen der Hysterie. Gewöhnlich wird der ganze Arzneischatz vergeblich dagegen angewendet, bis es durch irgend einen Zufall zum Stehen kommt. Man versucht natürlich immer zunächst durch möglichst reizlose Kost, Milchdiät, Liebigsches Fleischinfus u. s. w. demselben die Nahrung zu entziehen, hat aber damit nur selten Erfolg. Ebenso helfen die Eispillen, die narkotischen Mittel in allen möglichen Formen, Chloroform u. s. w. gewöhnlich nur ganz vorübergehend. Bei manchen Kranken steht es still, wenn man sie nur rohen Schinken oder rohes gehacktes Fleisch scharf gewürzt geniessen lässt.“

Dies ist aber auch ganz alles, was in einer Monographie über Hysterie bezüglich Heilung des nervösen Erbrechens zu finden ist. Fügen wir noch Hydropathie, Champagner, Elektricität in allen Formen und Hypnose hinzu, so haben wir auch die neuere Therapie so ziemlich erschöpft.

Ich habe eine Reihe von Damen behandelt, welche in Kliniken und Spitälern, von Privatärzten und in Kurorten mit Medikamenten und den eingreifendsten Proceduren malträtiert worden sind, ganz ohne Erfolg, sie alle wurden dem ZBG. sofort unterthänig gemacht. Bei Zuhilfenahme des ZBGs. ist keine Hysterica mit dem hartnäckigsten Vomitus im stande zu brechen, sofern die Manipulation zur rechten Zeit, richtig und mit gehöriger Energie gemacht wird. Nicht nur der hysterische Brechreiz, auch der Brechakt selbst kann damit unterdrückt werden.

Meine Behandlung geht darauf aus, den Brechreiz zu beseitigen und jeden Brechakt auszuschliessen, sie ist eine präparatorisch-prophylaktische, wie eine Behandlung des Anfalls selbst.

---

[1]) v. Ziemssen. Handbuch der Krankheiten des Nervensystems II. 2. H. 875. F. Jolly, Hysterie S. 548.

Soll der Patient speisen, so wird er vorerst dazu vorbereitet. Durch Etirage und Zeltgriff, die wir bei Magenkrampf (s. S. 86 und Fig. 12, 13) eingehender beschreiben werden, muss das Epigastrium etwa zwei Minuten lang bearbeitet werden. Ich brauche nicht hervorzuheben, dass bei diesen Patienten das Verfahren ein besonders feines und zartes sein muss. Nun folgt vorbeugend gegen Brechreiz der ZBG., eine Minute lang. Jetzt darf die Kranke gleich zum Essen gehen mit der Weisung, wenn sie Brechreiz verspüre, sich sofort ins Behandlungszimmer zu begeben wohin ich ihr eventuell sogleich folge, das Brechen sofort durch ZBG. unterdrückend. Sie kehrt alsbald wieder zu ihrem Teller zurück und vollendet das angefangene und unterbrochene Mahl; nie darf sie die Speise, welche ihr Ekel bereitete, zur Seite schieben. Bei recht hartnäckigen Fällen genügt einmalige Behandlung vor und während des Essens. Um ja allen Eventualitäten vorzubeugen, wiederhole ich das Verfahren meistens noch einmal nach dem Essen.

Durch solches konsequentes Verfahren erzielte ich in vielen Fällen bleibende Erfolge, andere konnten sich später zu Hause selbst mit dem ZBG. behandeln, ein kleiner Teil wurde recidiv und musste wieder Hilfe suchen, wurde aber auch der Handgriff noch so viel mal wiederholt, nie verlor er seine Wirkung.

Aus vielen Krankengeschichten greife ich die folgenden als besonders instruktive und hartnäckige Fälle heraus.

Nr. 47. O. E., 14 Jahre alt. — Hauspatientin von 25. Nov. 1889 bis 20. Jan. 1890. Von Jugend auf nervös, viel krank, konnte Patient wegen Bleichsucht im Sommer die Schule nie, im Winter nur halbtäglich besuchen. Seit einem Jahre menstruiert, Dysmenorrhoe. Von Mai 1889 an beständiges hartnäckiges Erbrechen, anfänglich 1—2 mal, dann 5 und 6 mal und sogar 12 mal im Tag. Von den vorzüglichsten Ärzten und Specialisten für Frauenkrankheiten alle möglichen Kuren angeordnet, Antihysterica, Chinin, Salol, kalte Wickel, Eis, Champagner, Elektricität (durch die Ovarien), alles ohne den geringsten Erfolg angewendet.

Zur Zeit der Aufnahme in meinem Hause tritt 15—20 Minuten nach dem Essen das Brechen schmerzlos mit grösster Regelmässigkeit auf, daneben besteht bellender, hysterischer Husten.

Am Tage des Eintritts noch einmal Erbrechen. Bei jedem Brechreiz wird sofort ZBG. ausgeführt, der Reiz hört immer sogleich auf; Patientin erbricht

überhaupt vom Moment an niemals mehr, als wenn sie beim Brechreiz nicht mechanisch behandelt wird, d. h. wenn gerade niemand anwesend ist, der an ihr ZBG. vollziehen kann; bald aber lernt sie den Handgriff an sich selber auszuüben, womit jeder Brechakt ausgeschlossen bleibt. Am Abend jeweils längere Anwendung des ZBG. gegen den nervösen Husten, welcher vom 23. Dec. an gänzlich aufhört.

Im April 1893 schreibt mir die ehemalige Kranke von der Pension in der französischen Schweiz aus, wo sie sich gegenwärtig befindet, sie habe nach ihrer Entlassung noch etwa ein halbes Jahr lang hie und da Brechreiz verspürt, den sie jedoch stets selbst durch den Handgriff zu beseitigen vermochte. Seither befinde sie sich vollkommen wohl, andere Mittel seien nie mehr gebraucht worden.

Nr. 48. G. H., 23 Jahre alt. Hauspatientin von Juli bis Sept. 1890, eine sehr zarte, fast durchsichtige, nervöse Dame, welche periodisch von so heftigem Brechen gequält wird, dass sie faktisch keinen Löffel voll Speise zu sich nehmen kann ohne denselben gleich wieder zurückzugeben. Auch nach dem ZBG. kehrt der Brechreiz stets rasch wieder, doch ich ringe mit demselben derart, dass ich Bissen um Bissen behaupte, immer und immer wieder den Reiz ausschalte und, wenn Erbrechen sich einstellt, dasselbe nicht aufkommen lasse. So gelingt es allmählich, den Magen an Aufnehmen von Speise zu gewöhnen, der Vomitus wird seltener, die Ernährung besser. Patientin gewinnt 4 kg Gewicht und kann bedeutend gebessert nach Hause entlassen werden. Sie übt den Handgriff selbst an sich aus. Die letzten Berichte, Frühjahr 1893, melden, es gehe ihr abwechselnd, Brechen sei selten, sie habe sich verlobt.

Nr. 49. B. H., 23 Jahre alt. Hauspatientin von Juli bis Sept. 1890, nervös, hysterisch, trübe gestimmt, hat seit 6 Wochen fast jedes Essen erbrochen. Nach dem ersten Löffel voll Suppe verlässt sie meist schon den Tisch, die Speise zurückzugeben. Sie hat schr kräftige Würgbewegungen, so dass der ZBG. mit aller Energie durchgeführt werden muss. Oft gelangen die Speisen wieder zurück bis zum Schlundkopf, müssen aber von hier gleich wiederum den Rückweg antreten, das Erbrechen wird, trotz der Bitte der Kranken, demselben den Weg frei zu lassen, nicht gestattet. Brechreiz und Brechen werden allmählich seltener, die sehr abgemagerte Kranke erholt sich, nimmt bedeutend an Gewicht zu und ist seither gesund und glücklich verheiratet.

Nr. 50. S. A., 22 Jahre alt. Hauspatientin 1890, sehr zarte und nervös angelegte Dame, litt anfänglich an grande hystérie, jetzt sind keine Schüttelkrämpfe mehr vorhanden, aber von Zeit zu Zeit wird alles erbrochen. Der Brechreiz ist sehr heftig, lange andauernd, ZBG. muss oft zwei Minuten und länger angewendet werden, der Erfolg ist aber stets ein absolut sicherer. Auch diese Kranke kann die Manipulation an sich selber ausführen, oft aber fehlt ihr die nötige physische Kraft, um den Effekt zu erringen. — Bei Gelegenheit einer Dampfschiffahrt auf dem Bodensee konnte ich bei dieser Patientin die Wirkung des ZBGs. gegen Seekrankheit erproben. Wir hatten eine sehr stürmische Fahrt; während derselben, die mehr als eine Stunde dauerte, war die Dame im höchsten Grade seekrank, sie litt fortwährend an Übligkeit und Brechreiz, ich setzte mich vor sie hin, um jederzeit bereit zu sein, das Erbrechen hintan zu halten,

was mir auch vollkommen gelang, jedoch kam ich zu der Überzeugung, es wäre eine Unmöglichkeit, auf dem Meere in ähnlicher Weise das Verfahren mit Erfolg durchzuführen. Anders aber dürfte sich wohl die Sache gestalten bei weniger nervösen Personen. Jedenfalls möchte ich Kollegen, welche dazu Gelegenheit haben, besonders auffordern, Experimente mit meinem ZBG. an Individuen, welche von Seekrankheit befallen werden, vornehmen zu wollen.

Nr. 51. M. S., 26 Jahre alt, im Frühjahr 1892 während sechs Wochen als Hauspatientin behandelt. Patientin ist sehr zart, zum Skelett abgemagert, gut mittelgross, wiegt sie bei ihrer Ankunft 31 kg! Vom 12. Jahre an krank. Chorea und grande hystérie in allen Phasen sind der Grund, dass die junge Tochter seit 10, 12 Jahren in Bädern, Wasserheilanstalten, Privat- und Universitätskliniken, abwechselnd mit kurzem Aufenthalt zu Hause, ihr Leben zubringen muss. Während 5—6 Jahren bricht sie, allerdings oft $^1/_2$—1 Stunde nach der Mahlzeit, nach jedem, auch dem kleinsten Essen. Alle nur erdenklichen Kuren, allo- und homöopathische, Elektricität und Magnetismus, Hausmittel und Quacksalber waren vergeblich an sie verschwendet worden, nur die Hypnose stand noch aus, weil eine Autorität in dieser Branche, an die man sich gewendet, erklärt hatte, einen so „verfuhrwerkten Fall" übernehme man nicht. Vorher war sie ein ganzes Jahr lang in Behandlung eines ausgezeichneten Klinikers gewesen, der ihr unter anderem wiederholt die grössten Schröpfköpfe trocken zwei Stunden lang auf die Magengrube setzen oder sie alle 14 Tage zwei Tage lang unter strengster Kontrolle absolut fasten liess. Sie durfte alsdann nicht einmal einen Schluck Wasser trinken. So gelang es, ihr einige Löffel voll Bouillon beizubringen; sobald sie aber mehr ass — und ihr Appetit war ganz gut — wurde wieder alles erbrochen. Kurzum alle frühern Heilversuche waren absolut erfolglos geblieben.

Am 30. April 1892 kam die ganz abgezehrte elende Kranke, skeptisch und verzweifelnd an aller Medizin, infolge der Inanition lungenleidend, in mein Haus.

Am ersten Nachmittage, als dem Beobachtungstage, erbrach sie dreimal, von da ab bis zur Abreise am 2. Juni 1890, trotz heftigen Hustens, nie mehr mit Ausnahme eines einzigen Mals in der Nacht, als niemand, der an ihr den Handgriff ausüben konnte, zugegen war. Es wurde aber mit eiserner Konsequenz die Behandlung nach oben angegebenen Regeln durchgeführt, vor jedem Essen präparatorische Etirage der Magengrube und ZBG. und nach jedem Essen wieder ZBG., welcher selbstverständlich ebenfalls sofort zur Anwendung kam, wenn während des Essens Brechreiz sich einstellte. Später erlernte die Kranke den Handgriff ebenfalls und führte ihn mit Erfolg aus. Bis zum Herbst konnte so das Brechen besiegt werden, da liess mich die Kranke wieder zu sich kommen, „weil sie das Knöchelchen nicht mehr finde"; sie hatte nämlich derart zugenommen, dass die Konfiguration des Halses sich verändert zeigte.

Ich glaube nicht, dass es einen schwierigeren Fall von nervösem Erbrechen überhaupt in der Praxis geben kann als den eben angeführten. Der alte Hausarzt der Dame erklärte mir auch bei meinem Besuche im Herbst, dass er ganz überzeugt sei, ohne diese Behandlung wäre die Kranke längst schon an Inanition gestorben.

Dem hysterischen Erbrechen nächst verwandt sind die Vomitionen von Graviden. Hier kennt die Litteratur genug Fälle,

die grösste Ähnlichkeit haben mit dem soeben gegebenen Krankheitsbild. Ich habe zwar leider nie Gelegenheit gehabt, einen Fall von perniciösem Erbrechen Schwangerer zu behandeln; nach dem Vorangegangenen wäre die Therapie genau vorgezeichnet und der Erfolg unzweifelhaft durch die Manipulationstherapie gesichert. Der Einwand der schwierigen und mühevollen Behandlungsweise ist hinfällig bei einem Leiden, das allen bisher bekannten Mitteln trotzt und sogar unter Umständen zum Tode führt, umsomehr als jede intelligente Wärterin mit der Ausübung des ZBG. bekannt gemacht und betraut werden kann.

Die Zahl der von mir mechanisch behandelten Schwangern mit heftigem Erbrechen ist überhaupt klein. Die betreffenden Frauen suchen eben nur selten den Arzt auf, weil sie von allen Seiten hören, die Medizin sei machtlos gegenüber diesem Leiden, und darum annehmen, sie seien bestimmt, das Übel in Geduld zu tragen bis die Natur sich ihrer erbarmt. Wenn die von mir empfohlene Therapie durch Handgriffe Gemeingut der Ärzte geworden sein wird, dürfte es wohl auch in diesem Punkte zu andern Ansichten unter dem Laienpublikum kommen. Bei einer Gravida verschwand das Erbrechen schon nach zweimaliger Anwendung des ZBG., weshalb ich den Fall für einen leichten halte, bei welchem wohl von selbst auch das Brechen bald sistiert hätte. Der zweite Fall betraf eine Frau, welche in erster Gravidität so schwer an Erbrechen gelitten hatte, dass sie ein Vierteljahr lang das Bett zu hüten gezwungen war; im Anfang der zweiten Schwangerschaft stellte sich der Vomitus in derselben hartnäckigen Weise wieder ein. Nachdem ich die Frau anfänglich selbst mehrmals mechanisch behandelt und hernach in Ausübung des Handgriffs an sich selber instruiert hatte, konnte dem Brechreiz mit Erfolg Einhalt gethan werden und die Frau ihrem Berufe als Lehrerin ohne Unterbrechung vorstehen.

Bei einer dritten Schwangern, welche unter Brechen sehr litt, gelang es mir persönlich jedesmal den Reiz zu eliminieren, sie war aber aus Eigensinn nicht dazu zu bringen, sich selbst zu

behandeln oder sich Personen ihrer Umgebung anzuvertrauen. Immerhin befestigte auch dieser Fall in mir die Überzeugung, dass bei richtiger Anwendung und Durchführung des ZBGs. der Brechreiz Gravider stets mit Erfolg zu unterdrücken ist.

Den Brechreiz in der Narkose beeinflusst der ZBG. in wirksamster Weise. Diese Thatsache halte ich zugleich fest als Beweis, dass mein Verfahren nicht nur lokal, sondern auch durch die Vagusbahnen auf das Brechcentrum direkt einzuwirken vermag.

Bei zwei Fällen, wo nach der Chloroformnarkose Brechreiz eintrat, war als Consiliarius Kollega Debrunner von Frauenfeld, Specialarzt für Frauenkrankheiten, anwesend und konnte sich persönlich von der Wirkung des Handgriffs auf die Würgbewegungen überzeugen.

Im zweiten Fall dauerte die Brechneigung noch zwei Tage nach der Operation (Raclement) an, der Ehemann, den ich mit der Manipulation vertraut machte, war aber jedesmal im stande das Brechen zu verhindern.

Eine 72jährige Frau, welche ich unter Assistenz eines jungen Mediziners zum Zwecke der Einrenkung einer Schulterluxation am 16. September 1892 chloroformierte, bekam zweimal während tiefster Narkose heftige Würgbewegungen, die unzweifelhaft zu Erbrechen geführt hätten. Die Fixation des Zungenbeins verhütete sowohl die Eruption während der Narkose wie auch nachheriges Erbrechen vollständig.

Es ist gewiss jedem Arzte einleuchtend von welchem eminenten Werte es für den Chirurgen sein muss, den Brechreiz nach Operationen mit dem angegebenen mechanischen Mittel prompt und sicher zur Seite schieben zu können. Man denke nur an die Laparotomien! Ich möchte meine Kollegen von der Chirurgie daher besonders ermuntern, sich durch Versuche von der Wirksamkeit des ZBGs. zu überzeugen. In Kliniken wird dies um so leichter geschehen können, weil jede ordentliche Wärterin die Manipulation erlernen und bei etwelcher Übung und Energie mit Erfolg durchführen kann.

Ermutigt durch die günstigen Erfahrungen bei nervösem Brechreiz, schritt ich in Anwendung des ZBGs. weiter und ver-

suchte denselben auch beim akuten Magendarmkatarrh der Kinder. Bekanntlich werden kleinere Kinder bei dieser Krankheit durch das viele Erbrechen besonders stark mitgenommen und es ist deshalb für den Arzt erste Indikation, dem Brechen Einhalt zu thun. Wie schwer dies oft möglich ist, weiss jeder Praktiker. Es geht aber auch nicht an, dass der Arzt Tag und Nacht neben dem Bett des kleinen Patienten steht, um stets bereit zu sein, den Handgriff auszuführen, man muss sich in diesen Fällen daher auf Eltern oder Wärterinnen stützen können. In zahlreichen Fällen bei Kindern von 3—4 Jahren, und älteren natürlich, erreichte ich durch dieses Vorgehen die besten Resultate. Statt kasuistischen Aufzählungen mag zur Abwechslung ein bezüglicher Passus aus einem Briefe folgen, welchen Herr Z. in Sch. am 24. October 1891 an mich adressierte: Derselbe lautet:

„Von noch höherem Interesse (als der Handgriff gegen Keuchhusten) und ohne Zweifel von grösserem Wert für mich war die Kenntnis Ihres Handgriffes gegen den Brechreiz. Wie Sie wissen, waren meine beiden Kinder (Knabe von acht und Mädchen von fünf Jahren) äusserst empfänglich für Magenstörungen, die sich stets in der Weise manifestierten, dass die Kinder, ohne Speisereste von sich zu geben, zu brechen anfingen und sich diese Brechanfälle in Intervallen von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunden oft einen Tag und eine Nacht und hie und da noch länger wiederholten. Vor cirka einem Monat zeigten sich beim Mädchen nun wieder die gleichen Symptome. Ich wandte innerhalb einer halben Stunde Ihren Handgriff während etwas mehr als einer Minute zweimal an. Das Kind schlief ruhig ein und befand sich am andern Morgen so wohl als je. Genau das Gleiche passierte mir in den letzten acht Tagen mit meinem Knaben, dem ich abends vor Einschlafen, als er empfindlichen Brechreiz verspürte, den Handgriff applizierte. Des andern Morgens befand sich der Junge so munter wie immer. Vor nicht langer Zeit kam meine Frau in den gleichen Fall. Sie erwachte kurz nach dem Einschlafen mit heftigem Brechreiz. Der angewandte Handgriff be-

nahm ihr denselben sofort und sie erfreute sich der ruhigsten Nacht mit bestem Wohlbefinden am andern Morgen.“

Durch die Erzählungen dieses Herrn, der überall mit Begeisterung von meiner Methode zur Unterdrückung des Brechreizes sprach, hat wohl auch Dr. Bernh. Joos, Bürger derselben Stadt, Kenntnis von meinem Verfahren bekommen und dann mit Zuhülfenahme der Leloir'schen Empfehlung gegen Singultus von sich aus einem Handgriff gegen Erbrechen in Narkose — Comepression des Splanchnicus — construiert und publiciert. Corr. Blatt f. Schweizer Ärzte Nr. 3. 1893.

Ich stehe aber auch nicht an, bei Kranken mit unheilbaren Leiden, wo Beseitigen des Brechreizes den Unglücklichen von seinem herbsten Übel befreien würde, die Manipulation zu versuchen. Bei Magencarcinomen konnte ich manch ein Mal selbst oder durch geschulte Wartung einen Brechakt ausstossen, und wenn es auch nicht gelang, das Erbrechen gänzlich zu stillen, so war es doch für den Leidenden jedesmal eine Wohlthat, einer Vomition enthoben worden zu sein.

Einem Kranken mit Schrumpfniere und urämischem Erbrechen, dem weder Eis noch Champagner auch nur eine Idee von Erleichterung verschafften, konnte ebenfalls durch Elevation des Zungenbeins mancher Brechstoss eliminiert und so viel Unannehmlichkeit erspart werden.

In jüngster Zeit kamen mir zwei Fälle von Unterleibsentzündung mit intensiver Brechreizung vor.

Ein 22jähriger junger Mann erbrach am dritten Tage seiner Blinddarmentzündung alles, Opiumpulver wie Wasser und wollte bei meinem Besuche gar nichts mehr zu sich nehmen. Ich zwang ihn, eine Dosis pulv. Opii in Oblate zu nehmen und Wasser zu trinken. Sogleich stellte sich kräftiger Reiz zum Erbrechen ein, zurückgewiesen, machte er sich immer wieder geltend. Zwanzig Minuten sass ich neben dem Bette des Patienten, jede Neigung zum Brechen sofort niederkämpfend, hatte dann aber auch die Genugthuung, beim nächsten Besuche zu vernehmen, der Kranke habe seither nicht mehr gebrochen. Es stellten sich auch nachher überhaupt keine Vomitionen mehr ein.

Beim zweiten Falle, einer puerperalen Peritonitis, enormer Tympanitis und stetem Breeheu nach jedem Tropfen Wasser, konnte ich die Wärterin leicht instruieren durch Zungenbeingriff, zur grossen Erleichterung der schmerzgeplagten Kranken, aber auch jedes Mal Brechreiz und Brechen zu unterdrücken.

Zum Schlusse noch ein Experiment mit Apomorphin.

Bei der subkutanen Anwendung eines kräftigen Emeticums, wie Apomorphinum hydrochloricum es darstellt, kann die

Brecherregung nur vom nervösen Centrum aus eingeleitet werden; es war deshalb von Interesse, den ZBG. auf das Experiment hin zu prüfen. Die Injektion einer Dosis von 0,005 bei einem kräftigen jungen Medizinstudierenden führte zu keinem Brechreiz, aber zu solcher Übligkeit und Hinfälligkeit, dass eine zweite Einspritzung nicht gemacht, jedoch am folgenden Tage unter Assistenz desselben Herrn ein zweiter Versuch bei einer sehr hysterischen aber sonst gesunden 35jährigen Frau angestellt wurde.

Die Dosis betrug 0,006 einer Lösung von Apomorph. hydrochl. rec. praeparat. Nach fünf Minuten Übligkeit, in zehn Minuten sehr heftiger Brechreiz. Der ZBG. machte es zur Unmöglichkeit, dass trotz der heftigen Würgbewegungen und des Flehens der Versuchsperson, sie doch erbrechen zu lassen, auch nur ein Atom von Mageninhalt in den Mund gelangen konnte. Arzt und Patientin hatten jedoch das deutliche Gefühl, dass der Speisebrei bis zum obern Abschnitt des Ösophagus gelangte, wobei zu bemerken ist, dass die Elevation des Zungenbeins erst insceniert wurde als bereits heftige Würgbewegungen im Gange waren. Nachdem der erste heftige Anprall zurückgewiesen war, traten noch einige weitere Regurgitationen ein, die nicht unterdrückt wurden aber zum Erbrechen nicht mehr führten.

Nachdem wieder Ruhe im Magen eingekehrt war, zeigte die Kranke ein sehr blasses Aussehen und fast beängstigend matten Herzschlag von nur 42 Schlägen in der Minute, konnte aber nicht genug wiederholen, wie wohl sie sich fühle.

Es zeigte also auch das Experiment mit einer relativ sehr kräftigen Dose eines äusserst wirksamen Emeticums die Superiorität des Handgriffs gegenüber dem stärksten Brechreiz.

Ich möchte daher der Anwendung des Brechhandgriffs gar keine Grenzen setzen, mit Ausnahme der eingangs erwähnten, ist er ja doch für den Kranken absolut schmerzlos durchzuführen, ohne die geringste Gefahr zu involvieren. Entspricht er in concreto billigen Erwartungen nicht, so ist sicher nicht die Methode, sondern nur der Experimentierende schuld am Misserfolge.

## Globus.

Der sogenannte hysterische Globus wird auf peristaltisch aufsteigende Krämpfe der Oesophagusmuskulatur zurückgeführt. Es ist derselbe unverkennbar ein Reiz einzelner Vagusfasern, durch welchen eine lokale Kontraktion oder Relaxation (Lähmung) einer gewissen Oesophagusstelle herbeigeführt wird.

Vom Pharynx bis zur Cardia kann jede Partie der Speiseröhre befallen sein oder successive ergriffen werden, wodurch das Gefühl des Herauf- und Herabsteigens der Kugel entsteht.

Das Bolusgefühl kommt viel häufiger vor als man gewöhnlich annimmt, indem die Mehrzahl von Magenleidenden, solche mit schweren organischen Veränderungen sowohl als auch Personen, welche nur an Indigestion und Dyspepsie leiden, häufig und lange „den Bissen im Halse stecken“ spüren.

Ich glaube deshalb, dass ein von den Magennerven ausgehender Reiz den Globus hervorruft.

Nachdem ich im ZBG. ein kräftiges, den Vagusreiz umstimmendes Moment gefunden hatte, lag es auf der Hand, die Manipulation auch bei Globus zu versuchen. Der Erfolg war der erhoffte.

In frischen Fällen schiebt der ZBG. mit zwei, drei Sitzungen das Kugelgefühl bleibend weg.

Vor drei Jahren behandelte ich ein 16jähriges Mädchen auf diese Weise nur zweimal und erhielt vor kurzen Tagen die wie-

derholte Bestätigung, es habe sich seither das lästige Gefühl nicht wieder eingestellt.

Eine 34jährige Frau wurde im Jahr 1891 einzig und allein manuell in vier Sitzungen von dem Kugelgefühl erlöst und blieb frei von Recidiven, ich begegnete ihr seither häufig und erhielt stets die Versicherung, sie verspüre rein nichts mehr vom stecken gebliebenen Bissen.

Bei einer 43jährigen Frau, welche schon mehrere Jahre lang den Bolus sehr lästig empfand, bevor sie sich an mich wendete und vergeblich alles Mögliche dagegen versucht hatte, konnte durch ZBG. jedesmal der Krampf gelöst werden, er blieb nach jeder Sitzung länger aus und war nach sechs Sitzungen soweit verschwunden, dass drei Monate später noch Andauern des Erfolges konstatiert werden konnte. Später ist die Frau aus meinem Gesichtskreise verschwunden.

Handelt es sich um das Bissengefühl im Hals bei Magenleidenden, so weicht dasselbe nicht immer dem ZBG. allein. Ich empfehle hier zuerst während etwa zwei Minuten die Dehnungen in der Magengrube vorzunehmen, wie sie beim Magenkrampf beschrieben werden, und hernach die Elevation des Zungenbeins folgen zu lassen.

## Aphonia nervosa.

Nervöse Stimmlosigkeit, auf Lähmung der Stimmbänder, resp. nur eines derselben, beruhend, schliesst sich ätiologisch enge dem vorhin besprochenen Leiden an, indem es meist auf hysterischer Basis fusst und als Vagusneurose zu qualifizieren ist.

Die Behandlung mit Heben des Zungenbeins übertrifft alle andern Behandlungsmethoden durch Sicherheit der Wirkung sowohl als auch durch Dauer des erzielten Erfolgs, wenn auch einzelne Misserfolge bei besonders schweren Fällen nicht ausgeschlossen sind. Ich weiss sehr gut, dass die verschiedensten Proceduren am Halse, vielleicht noch mit etwas Suggestion verknüpft, in einzelnen Fällen im stande sind, die hysterische Stimmlosigkeit zu heben, ebenso gut ist mir aber auch bekannt, was die meisten Autoren zugeben, wie diese Erfolge nur kurze Freude bereiten, selbst der Einfluss der Elektricität kann häufig nur temporär die klangreiche Sprache wieder verschaffen.

Bei meinen, allerdings nicht zahlreichen, Fällen habe ich in einer kurzen Sitzung von zwei Minuten stets bleibendes Resultat erzielt.

Sorgfältig vermied ich immer dabei, in irgend welcher Weise suggestiv auf die Psyche einzuwirken, um das Bild ja ungetrübt zu haben.

Hier einige Krankheitsfälle:

Nr. 46. R. K., 31 jähriger Schuster, stellt sich am 24. Okt. 1891 mit der Angabe, er sei bereits drei Wochen lang stimmlos. Den sonst gesunden und durchaus nicht nervösen Mann habe ich früher schon wiederholt an nervöser

Aphonie behandelt, das letzte Mal vor cirka zwei Jahren. So lange wie diesmal hatte die „Heiserkeit“ noch nie angedauert, der Kranke hoffte nämlich immer, es werde sich die Stimme von selbst wieder einfinden.

Ohne irgend welche Einleitung wird während 90 Sekunden ZBG. angewendet und sofort nachher spricht der Kranke wieder laut und deutlich und bleibt ohne ein einziges Recidiv bis heute. Von Suggestivwirkung kann hier um so weniger die Rede sein, weil der Kranke erwartet hatte, wieder wie früher durch Elektricität behandelt und geheilt zu werden und die Procedur nur für eine Voruntersuchung hielt.

Nr. 47. F. B., Hausfrau, 63 Jahre alt. — Diabetikerin. — Früher ausgesprochene Hysterica, litt sie auch oft an nervöser Stimmlosigkeit. Seitdem Climax vorüber, es sind nun gerade 13 Jahre her, wurde sie nie mehr von Aphonie befallen. Am 2. Nov. 1891 waren es drei Tage, dass Patientin kein lautes Wort mehr sprechen konnte, ich machte bei ihr Besuch wegen ihrer Zuckerkrankheit. Ohne weitere Einleitung wurde ZBG. $1^1/_2$ Minuten lang ausgeführt und die Kranke sprach sofort wieder wie früher und blieb bei Stimme bis zu ihrem cirka $^3/_4$ Jahre später erfolgenden Exitus.

Nr. 48. Den interessantesten Fall bot mir am 19. Dec. 1891 die 82jährige Witwe K. R. in S., zu welcher ich wegen einer heftigen fieberhaften Bronchitis bei lang schon bestehendem Emphysem gerufen wurde. Die Frau ist von quälendem, tönendem Husten geplagt und leidet bereits seit 14 Tagen an vollkommener nervöser Stimmlosigkeit. Plötzlich und ohne allen Grund habe sie kein lautes Wort mehr sprechen können. Früher soll sie nie an hysterischer Affektion, namentlich nicht an Stimmlosigkeit, gelitten haben. Nachdem ich die Alte aufgefordert hatte, zum Zwecke der Untersuchung den dicht verhüllten, „erkälteten“ Hals zu entblössen, gehe ich zur Elevation des Zungenbeins ohne alle Vorrede. Nach $1^1/_2$ Minuten stelle ich weitere Fragen an die Kranke, welche dieselben mit reiner, klangvoller Stimme beantwortet, ohne sich dessen bewusst zu sein, erst nachdem ich sie wiederholt darauf aufmerksam gemacht und gefragt hatte, ob sie nichts merke, kommt es ihr zu Bewusstsein, dass sie nun wieder laut sprechen könne. Die Aphonie blieb trotz Fortschreiten der Krankheit bis zu dem einige Monate später erfolgenden Tode der Alten verschwunden.

Einen sehr schönen, ich darf wohl sagen, einen unanfechtbaren Beweis von der Wirkung des ZBGs. als Vagusreiz lieferten mir die Erfahrungen bei einem Fall von nervöser Stimmbandlähmung, der zur Zeit, wo ich diese Zeilen niederschreibe, sich noch in meiner Behandlung befindet. Von Kollege Wartmann in St. Gallen wurde mir Ende Juli 1893 eine junge Dame mit folgendem Begleit-Schreiben zugewiesen:

„Frl. L. R. in St. G., 27 Jahre alt, war früher aushilfsweise als Telephonistin angestellt und konnte die Beschäftigung längere Zeit ohne Mühe besorgen. Allmählich stellte sich Heiserkeit und

allgemein aufgeregtes Wesen ein, kürzer dauernde Ferien waren nur von vorübergehendem Erfolg begleitet und schliesslich musste sich Patientin entschliessen, für lange Zeit auf die Thätigkeit als Telephonistin zu verzichten. Als Ursache der Heiserkeit ergab sich hysterische Stimmbandlähmung, gegen welche ich längere Zeit faradische Ströme mittlerer und grösserer Intensität angewendet habe. Der Erfolg war gering, weshalb ich die Patientin endlich zu einem Specialisten, Dr. L. in Z., sandte. Derselbe konstatierte den gleichen Befund und riet neben Elektrizität die Hypnose an. Einmal führte er dieselbe aus, aber der Erfolg war nur so vorübergehend, dass ich später davon abstrahierte. Seitdem behalf ich mich mit allgemeiner Kräftigung (Ferrum, ganze Abwaschungen, Spazierengehen u. s. w.) und hie und da einer faradischen Sitzung. Es besteht auch etwas Husten und deutliche Abmagerung, allein tuberkulöse Erscheinungen sind bisher nicht zu Tage getreten, auch ist Patientin hereditär nicht belastet. Die allgemeine Nervosität hat endlich einen so hohen Grad erreicht, dass der Zustand kaum mehr erträglich ist und speciell auch die nächsten Verwandten sich nach etwelcher Besserung sehnen."

Die Patientin selbst macht mir folgende Angaben: Als Kinderkrankheiten hatte sie Keuchhusten und Masern, später oft Magenschmerzen. Mit 17 Jahren menstruiert, war die Periode stets sehr stark und dauerte meist 6—8 Tage.

Im Jahre 1887 befand sie sich gerade in einem Hause, als darin eine Explosion von Gasolin stattfand, wobei das untere Stockwerk in Brand und sie in grosse Lebensgefahr geriet. Sie wurde zwar nicht gerade krank nachher, aber doch viel mehr nervös als sie es vorher gewesen war, besonders erschreckte sie sehr leicht, z. B. wenn man sie nur mit Namen rief, fuhr sie zusammen. Im Januar 1892 traten, ohne nachweisbaren Diätfehler, heftige Magenschmerzen auf; hie und da litt sie an Migräne, welche meist Brechen im Gefolge hatte, sonst zeigte sich nie Erbrechen. Der wegen Magenweh und Herzklopfen konsultierte Arzt konstatierte hauptsächlich Blutarmut, verordnete Diät und

Pulver, worauf bald Besserung des Magenleidens erfolgte, Müdigkeit und Herzklopfen aber blieben fortbestehen.

Mitte Februar 1892 trat urplötzlich, nicht in Verbindung mit der Menstruation, Heiserkeit und bald vollständige Stimmlosigkeit auf. Anfänglich wechselte Aphonie mit normaler Stimme. Im März war die Stimmlosigkeit eine totale. Zuerst wurde nur medikamentöse Behandlung eingeleitet, im Mai aber mit äusserer Faradisation begonnen, ohne auch nur momentanen Erfolg. Die Stimme blieb stets heiser, wurde aber bei längerer Anstrengung ganz klanglos. Im Juni schickte sie ihr Hausarzt zu Dr. L., Specialarzt für Kehlkopfkrankheiten in Z., welcher sie elektrisierte, massierte und hypnotisierte. Gleich nach der Behandlung war die Stimme rein, beim Erzählen zu Hause überschnappte sie jedoch schon wieder und am folgenden Tage war bereits der ganze Effekt der Hypnose verschwunden, der Arzt hatte ihr suggeriert, sie werde nun nie mehr heiser, da habe sie gedacht, „er hätte es doch auch nicht erraten!“ Dafür aber befand sie sich in recht miserabler Stimmung, war weinerlich, abgeschlagen, übel zwei Tage lang, so dass sie nicht mehr dazu zu bewegen war, sich hypnotisieren zu lassen.

Der Zustand besserte sich nicht trotz nun versuchter innerer Faradisation und elektrischem Pinsel, stärkenden Mitteln und kalten Waschungen; Herzklopfen und Mattigkeit mehrten sich, Appetit- und Schlaflosigkeit gesellten sich hinzu.

Bei der Aufnahme am 25. Juli 1893 konstatierte ich ziemlich hochgradige Abmagerung, 43,5 kg bei eher grosser Statur, aber gutes Aussehen, Herzklopfen ohne Herzfehler, Husten, während physikalische Erscheinungen vonseite der Lungen und Fieber fehlen. Sehnenreflexe erhöht; keine Sehfeldbeschränkung, keine Anästhesien. Leichtes Zusammenfahren bei Schreck. Die Stimme ist heiser, nicht klanglos, nur nach längerem Reden kann momentan vollkommene Aphonie eintreten, die durch Willensanstrengung der Kranken bald wieder überwunden wird, aber

nie zur reinen, hellen Stimme zu bringen ist. Seit cirka $1^1/_2$ Jahren konnte Patientin nie mehr mit Normalstimme sprechen.

Der Spiegelbefund zeigt eine deutliche Lähmung des linken Stimmbands, sonst, mit Ausnahme einer kleinen Rötung an der vorderen Kommissur, absolut keine abnormen Verhältnisse, keine Geschwüre, keine Schwellungen.

Bei der Ausübung des ZBGs, welcher an die Untersuchung angeschlossen, ohne irgend welchen Kommentar vollzogen wird, spricht die Kranke sofort mit klangvoller, reiner Stimme: Diese hält aber nur so lange an, als der Handgriff geübt wird; sobald die Daumen vom Zungenbeinkörper weggleiten, ist die Stimme wieder belegt.

Dieses Verhältnis zeigt sich anfänglich konstant, so oft die Manipulation gemacht wird, es wurde auch durch einen gerade anwesenden Kollegen, Herrn Dr. Rheiner von St. Gallen, am 28. Juli im Spiegelbilde mit mir kontrolliert.

Sogleich bei Elevation des Zungenbeins intoniert die Kranke rein, man sieht das vorher schwappende linke Stimmband sich straff anspannen und die Rima vollkommen schliessen. Der Apparat spielt wie ein Klavier: das Zungenbein ist die Taste, das Stimmband die Saite. Bald nach dem Wegziehen der Hände vom Halse der Patientin treten die alten Verhältnisse wieder ein.

Dieselbe Wirkung wie der ZBG. entfaltet auch das R. und das Vorziehen des Unterkiefers (Keuchhustengriff), nicht aber eine andere Manipulation am Halse. So z. B. tritt gar keine Wirkung ein, wenn ich den Schildknorpel hinaufschiebe, ebenso nicht beim KKG. oder irgend einer Operation am Körper selbst, wenn dabei kräftige Suggestion mit zu Hilfe genommen wird. Der KStG. hat, einige Zeit angewendet, ebenfalls positiven Erfolg.

Es ergiebt sich aus diesem physiologischen Experimente, dessen Richtigkeit ein unparteiischer Kollege prüfte und bestätigen kann, dass durch den ZBG. in erster Linie; durch R.,

Vorziehen des Unterkiefers und KStG. ebenfalls, ein direkter Nervenreiz auf den Vagus, in spec. den Nervus laryngeus inferior des Recurrens, ausgeübt werden kann, ein Reiz, der eine umstimmende Wirkung auf den erkrankten Nerven auszuüben im stande ist.

Das Wesen der verschiedenen Manipulationen legt uns klar, welcher Art dieser Reiz ist, ja sein muss. Durch die bezeichneten Handgriffe aber wird stets eine Dehnung der Halspartien, mithin auch des Nerven, erzielt und diese Nervendehnung ist es, welche den Effekt hervorbringt. Der Umstand, dass anfänglich nur so lange der Handgriff ausgeübt wurde, die umstimmende Wirkung auf den betr. Nerven eintrat, ist unumstösslicher Beweis einer physiologischen Einwirkung und spricht deutlich gegen jeden Einwurf von Suggestion u. dergl.

Ich gehe gewiss nicht zu weit, wenn ich diesen höchst interessanten Fall auch benütze als Beweis für die nervöse Wirkung des ZBGs. beim Brechen und des Keuchhustengriffs gegen den Stickanfall, immer ist der direkte Einfluss auf den Vagus als Hauptfaktor des Erfolgs der mechanischen Therapie anzusehen.

Ob durch die eingeleitete manuelle Behandlung im betreffenden Falle ein definitives Resultat erzielt werde oder nicht, ist bezüglich der Erklärung der physiologischen Wirkung des ZBGs. irrelevant; die Thatsache bleibt festgekeilt, dass durch den Handgriff mechanisch ein Reiz ausgelöst werden kann, der den Vagus influenziert.

Übrigens kann ich nach dreiwöchentlicher Behandlung bereits konstatieren, dass die Patientin schon stundenlang deutlich und rein, ohne Anklang an Heiserkeit, spricht und 10—15 Minuten lang laut vorliest. Das Princip, welches ich bei der Therapie verfolgte, ist mein gewohntes. Nachdem ich erkannt, dass im speciellen Falle eine Manipulation den gewünschten Effekt hat und bei jeder Wiederholung stets wieder zeigt, wird mit eiserner Konsequenz das krankhafte Symptom immer von neuem, wenn es sich wieder einstellt, weggeschoben. Ich gestatte nie der

Patientin, mit heiserer Stimme zu sprechen und habe zu diesem Zwecke sie gut instruiert, den ZBG. an sich selbst auszuüben. Sie macht diesen vollkommen korrekt und mit ganz demselben Erfolge, wie wenn ich selbst an ihr manipuliere und zwar sowohl in Gesellschaft wie für sich allein — trotz ihrer Hysterie! Zur Zeit der Periode gewann die Krankheit wieder etwas mehr Boden, trotzdem hoffe ich in einem Monate die Patientin geheilt entlassen und ihrem Berufe wieder zurückgeben zu können.

Der vollkommene Erfolg ist wirklich eingetreten. Patientin spricht seit mitte September mit absolut reiner Stimme und liest zwei Stunden lang vor, ohne zu erlahmen. Angewendet wurde nur: Zungenbeingriff.

## Magenkrampf.

Magenkrampf — Morphiumspritze hat sich bereits im Gehirn vieler Ärzte zu einem einzigen Begriff konglomeriert. Ich erwarte durch Bekanntgebung meiner mechanischen Behandlungsweise der Gastralgien dem verderblichen Missbrauch mit Narcotica, insbesondere den Morphiuminjektionen, kräftig entgegensteuern zu können.

Ich schicke voraus, dass ich in erster Linie nur die eigentlichen Gastralgien, d. h. die nervösen Formen ohne pathologisches Substrat, zur mechanischen Behandlung ausersehe; nachher wird sich ergeben, in welchen Fällen mein MG. weiter mit Erfolg angewendet wird.

Der reine Magenkrampf kommt bekanntermafsen häufig vor bei Chlorotischen, Hysterischen, Neurasthenikern, Hypochondern, Arthritikern und reflektorisch von erkrankten Organen der Bauchhöhle aus. Es ist für uns von besonderer Wichtigkeit zu wissen, dass der ausserordentlich heftige, bohrende, zusammenziehende oder brennende Schmerz fast stets von der Regio epigastrica ausgeht und nach den Schulterblättern wie zum Nabel hin ausstrahlt[1]).

Leise Berührung des Epigastriums pflegt insgemein den Schmerz zu vermehren, während starker Druck denselben be-

---

[1]) Der Magenschmerz ist zurückzuführen auf krankhaften Verschluss der Magenostien, Überdehnung des Magens durch Gase, Liegenbleiben harter Speisereste u. s. w. W. Fleiner, Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte 1893. S. 413.

sänftigt. Der Kranke presst und drückt daher sehr oft mit beiden Händen seine Magengegend, oder stemmt gegen einen festen Körper an, der Masseur streicht und klopft das Epigastrium und der Arzt lässt warme Breiumschläge daraufhin legen und macht gleich eine ordentliche Morphiumeinspritzung.

Ich verfahre aber folgendermafsen:

Wo es angeht stelle ich mich hinter den Patienten, umfasse denselben mit beiden Armen, setze die schön in eine Linie gerichteten Vierfingerspitzen (keine langen Nägel!) im Epigastrium

Fig. 12.

Magengriff. MG.

genau in die Mittellinie auf und ziehe und dehne mit energischem und tiefem Drucke die Herzgrube aus, wie Fig. 12 dies ganz anschaulich wiedergiebt.

Ganz allmählich rücken die dehnenden Finger bis zu den Rippenbogen vor.

Richtiges Gefühl und Übung müssen den Behandelnden leiten, nicht brutal zu drücken und doch den energischen Zug anzuwenden, der erforderlich ist, den gewünschten Effekt zu erreichen.

Die Kranken sind anfänglich gegen den Eingriff sehr empfindlich, sobald man aber etwa 20—30 Sekunden gehalten hat, hören die Klagen auf, sofern man sich hütet, fortwährend ziehende und zuckende Manöver zu machen, welche hier unnötig sind und nur Schmerzen verursachen können. Darum wirkt auch der zwei bis drei Minuten lang ausgeführte MG. ganz anders, viel heilsamer als jede Massage.

Da der MG. unbedingt länger als die bis jetzt beschriebenen Manipulationen ausgehalten werden muss, kommt es nicht selten vor, dass der Behandelnde von neuem anzufassen hat, dabei sei er darauf bedacht, den Scrobiculus cordis immer auch speciell unter die Finger zu nehmen.

Nach Verfluss von drei Minuten, die unter Uhrkontrolle ausgehalten worden sind, wird der Kranke beim Ausschleichen der Hände des Arztes meist schon von Nachlass der Schmerzen sprechen. Gewöhnlich sind nach kurzer Pause noch einige weitere Manipulationen notwendig, entweder noch einige Dehnungen in horizontalen Richtungen, die nun wohl von vorn mit den in Opposition gestellten Daumen oder mit einem Daumen und den Vierfingern der andern Hand vollzogen werden, oder Dehnungen in der Längsachse des Körpers. Zu diesen Proceduren genügen oft auch die Daumen und Vierfinger, manchmal ist es besser, wirksamer und für den Behandelnden weniger anstrengend, den Zeltgriff in Anwendung zu bringen.

Um den Zeltgriff (Fig. 13) auszuführen, legt man die gestreckten und geschlossenen Finger mit ihren Volarflächen aneinander, setzt die gekreuzten Daumen darauf, stellt die Kleinfingerseiten am Epigastrium auf und spreizt die Hände langsam

nach Möglichkeit, wobei die medialen Zeigefingerflächen als Stützpunkt dienen.

Im allgemeinen habe ich gefunden, dass Dehnungen in der Herzgrube in horizontaler Richtung, wie beim MG. mit Umfassung des Patienten, wirksamer sind, als solche in vertikaler Richtung,

Fig. 13.

Zeltgriff. ZG.

weil eben durch ersteren die Überdehnung der Magenwände sowie die Gase im Magen beseitigt werden. Unter sehr vielen Fällen von Gastralgie, welche ich nur nach meiner Methode mechanisch ohne irgend ein Medikament behandelte, habe ich einige, die

wiederholt in Angriff genommen werden mussten, die meisten aber wichen einer einmaligen richtigen und energischen Anwendung des MG., so zwar, dass der Magenkrampf nach dieser Procedur viel länger ausblieb als sonst nach jeder andern Medikation.

Eine Anzahl von Beispielen möge auch hier die Wirkung meiner specifischen Behandlungsweise zeigen.

Nr. 52. B. M., 30 Jahre alt, Hausfrau, früher auswärts wohnend, hat schon häufig und schwer an Magenkrämpfen gelitten, obwohl sie sich sonst nicht magenleidend fühlt. Sie giebt an, die verschiedenen Ärzte, welche sie behandelten, haben jedesmal zu Morphium greifen müssen, auf andere Weise sei dem sonst stunden- ja tagelang anhaltenden Schmerze nicht beizukommen gewesen. Ihr Ruf nach dem Arzte in der Nacht vom 10. Mai 1892 ist darum auch mit der Bitte begleitet, ja die Morphiumspritze mitzubringen. Bei meiner Ankunft windet sich die Kranke in unausstehlichen Schmerzen. Ich mache sie im Bette aufsitzen und vollführe den MG. in oben angegebener Weise, nachher folgt Zeltgriff. Nach drei Minuten wird schon bedeutender Schmerznachlass konstatiert und nach zehn Minuten, während welcher Zeit die Behandlung noch zweimal in derselben Art gemacht worden, war der Krampf besiegt. Derselbe kehrte nicht wieder; bis heute blieb die Kranke von diesem Leiden verschont.

Nr. 53. M. N., 42 Jahre alt, Hausfrau, hat seit acht Tagen jede Nacht einen oft $^1/_2$—1 Stunde andauernden Magenkrampf, der sie gewöhnlich um 2 oder 3 Uhr weckt. Es besteht mangelnder Appetit, starke Gasansammlung im Magen ohne organisches Leiden. Da infolge Überanstrengung sonstige allgemeine Nervosität besteht und häufige Ructus vorhanden sind, muss das lästige Übel auf nervösen Ursprung zurückgeführt werden. Nach erfolgloser Anwendung diverser Mittel wird abends vor Schlafengehen der MG. mit Umfassen drei Minuten lang intensiv prakticiert und vom Moment an sind alle Schmerzen bleibend verschwunden.

Nr. 54. S. F., 18 jährige Magd, etwas anämisch, hat das ganze letzte Jahr in Intervallen häufige Magenkrämpfe gehabt. Besonders heftiger Anfall am 20. April 1893. Sogleich von mir mit MG. behandelt, sind in zwei Minuten Schmerz und Üblichkeit beseitigt und kehrt keine Spur davon wieder.

Nr. 55. M. E., 46 Jahre alte Waschfrau, blutleer infolge Inatition, weil sie wegen wochelang anhaltendem heftigen Magenweh fast gar nichts zu geniessen wagt, hat den ganzen Vormittag des 12. April 1893 unausgesetzten bohrenden, ziehenden Schmerz in der Herzgrube. MG. zweimal je zwei Minuten in Intervallen von fünf Minuten zaubert den Schmerz nicht nur für diesen Tag sondern auf Wochen hin radikal weg.

Nr. 56. F. D., 67 Jahr alter Rentner, leidet an Harngries und ist Rekonvalescent von chronischem Darmkatarrh. Seit einigen Tagen tritt am Abend oder mitten in der Nacht Präkordialangst und sehr störende Oppression in zunehmendem Grade auf. Die Untersuchung ergiebt einen durch Gase stark aufgeblähten Magen und grosse Empfindlichkeit in der aufgetriebenen Herzgrube. Ich stelle

die Diagnose, Angst- und Druckgefühl in der Nacht sind Folge der Magenstörung, übe den MG. einmal zwei Minuten lang aus, worauf Patient sofort grosse Erleichterung spürt und vom Augenblick an stellten sich die lästigen, nachtruhraubenden Symptome nie mehr ein.

Nach diesen Erfahrungen, welche ich noch um eine grosse Reihe von Krankengeschichten vermehren könnte, lag es auf der Hand, den MG. auch versuchsweise in Anwendung zu bringen bei wirklichen organischen Magenleiden verschiedener Art. Es durfte dies um so eher gewagt werden, als ja der Eingriff nicht direkt auf den leidenden Teil, sondern, wie bereits angegeben, stets nur im Epigastrium und am Scrobiculus einzuwirken hat.

So wagte ich im Dezember 1892 bei einer 60jährigen Frau, welche ein Jahr vorher wegen Magenblutungen, von einem Ulcus herrührend, von mir behandelt worden war, beim Auftreten eines heftigen Magenkrampfs den MG. und konnte wirklich in einer Sitzung die Gastralgie beseitigen. In zwei Fällen, wo beginnendes und entwickeltes Carcinom diagnostiziert war, gelang es mir vielfach, die heftigen Magenschmerzen auf eine gewisse Zeit hin zu bannen, ohne dem Patienten den geringsten Schaden dadurch beizufügen.

Ich brauche kaum zu betonen, dass grosse Sorgfalt und individuelle Auswahl bei derartigen Krankheitsfällen einzig zur Berechtigung der Ausübung manueller Therapie befähigen und dass ein Misserfolg nicht das Recht giebt, über die Methode, welche ich als die vorzüglichste zur Behandlung von Gastralgie bezeichne, den Stab zu brechen.

## Interkostalneuralgie.

Die Interkostalneuralgie, ebenso häufig als schmerzhaft, liefert, wie die Gastrodynie, nicht selten Material zu Morphinisten.

Seitdem ich meine mechanische Heilmethode übe, habe ich etliche zwanzig Fälle unter die Hände bekommen, die ich alle nach demselben Princip und eigentlich mit demselben Handgriff kurierte wie den Magenkrampf.

Entzündliche Affektionen im Interkostalraum betrachte ich nur als Kontraindikation wenn der Schmerz während der Manipulation erheblich gesteigert wird.

Wenn es irgendwie angeht, nehme ich gegenüber dem Kranken dieselbe Stellung ein, wie beim MG. Ich stehe oder sitze hinter ihm, umfasse den Thorax mit den Armen, setze am vorher genau bestimmten Druckpunkte entweder beide Daumen oder Zeige- und Mittelfingerspitzen auf und dehne in gleichmässigem, kräftigem Zuge, unterbrochen durch einzelne zuckende, schnellende Rucke die krankhafte Partie 70—90 Sekunden lang ohne Rücksicht auf Schmerzensäusserungen des Behandelten, wenn derselbe fieberlos ist.

Das Verfahren ist weder Massage noch blosses Nervendrücken, sondern ein Dehnen der Interkostalnerven und der affizierten Haut, viel wirksamer als jene beiden Proceduren zusammengenommen.

Fast ohne Ausnahme zeigt sich der Schmerz gleich nach der ersten Sitzung in viel sanfterer Stimmung, die Fälle sind gar nicht

selten, wo er gleich darnach bleibend abgeht, gewöhnlich sind 3—4 Sitzungen zur Radikalkur ausreichend.

Im Januar 1893 wurde ich nachts zu einer 52 jährigen Frau gerufen, welche wegen der ausserordentlich heftigen, den Atem beengenden Schmerzen in der rechten Brustgegend, die sie empfand, glaubte, eine Lungenentzündung zu haben. Die physikalische Untersuchung ergab rechts etwas schwächeres Atmen als an der entsprechenden Stelle linkerseits. Puls 84, Temperatur 37.7 [1]).

Nachdem die Diagnose auf Interkostalneuralgie und die Schmerzstelle zwischen Vertebral- und Lateralpunkt im V. Zwischenrippenraum festgestellt war, wurde die Extension des Nerven mit möglichster Sorgfalt und zunehmender Energie vorgenommen. Bereits nach $1^1/_2$ Minuten hatte die Empfindlichkeit bedeutend nachgelassen. Bei demselben Besuche wurde diese Behandlung noch zweimal wiederholt und ich hatte die Genugthuung, die Kranke ruhig und tief atmend mit ganz wenig Schmerzen verlassen zu können. Die Algie gewann nie mehr die frühere Intensität und bereits nach vier Sitzungen durfte ich die Patientin als geheilt betrachten.

Im Frühjahr 1891 bekam ich in Behandlung eine 52 jährige Dame aus K., welche an Neuralgie im III. Intercostalraum bereits seit Monaten litt. Gleich nach der ersten Manipulation war der Schmerz gewichen und es wäre nicht nötig gewesen, das Verfahren noch zweimal zu wiederholen, wenn ich dies nicht für Festhaltung des Resultats als wünschenswert betrachtet hätte.

Als ich im November 1892 zu der 76 Jahre alten Mutter der betreffenden Dame gerufen wurde, versicherte mich letztere, seit jener Behandlung habe sie nie mehr die Spur jenes gefürchteten Schmerzes gehabt, hingegen leide auch ihre Mutter an einem ähnlichen, bereits jahrelang bestehenden Übel, an das sie sich schon, als doch nicht mehr heilbar in ihrem Alter, gewöhnt habe. Der Schmerzpunkt fand sich im V. Intercostalraum genau in der Mammillarlinie, über dem Herzspitzenstoss. Durch prolongierte Dehnung in vier Sitzungen wurde auch diese eingefleischte Algie zum Schwinden gebracht. Nachkontrolle vier Monate später ergab, dass auch nicht der leiseste Nachklang des alten Leidens mehr vorhanden ist.

Bei solchen fast habituell gewordenen alten Übeln bestehen sehr wahrscheinlich kleine Verwachsungen in loco, welche durch energische Dehnungen gelöst werden.

---

[1]) Ich mache seit längerer Zeit besonders bei Kindern und mageren Personen, bei welchen das Thermometer in der Achselhöhle nur zu baumeln pflegt, die Temperaturmessungen häufig in der Scioto- oder Labiofemoralfalte. Hier liegt das Thermometer stets genau in der Hautfalte drin und wird vom Kranken so zu sagen gar nicht gefühlt, Kinder merken sogleich nach dem Einlegen nicht mehr, dass sie einen Fremdkörper zu bergen haben, während sie sich bei Messungen in der Achsel- oder Mastdarmhöhle meist sehr ungeberdig benehmen. Die Temperaturgrade, hier abgelesen, sind 1—3 Centigrad höher als in der Achselhöhle, natürlich vorausgesetzt, die betreffende Stelle sei gut ausgetrocknet. Kleine Kinder werden am zweckmässigsten während der Messung auf den Arm genommen. Wie unvergleichlich viel angenehmer diese Wahlstelle als Rectum oder Vagina ist, braucht kaum erwähnt zu werden.

## Mastodynie.

Lokal wohl, aber nicht ätiologisch, schliesst sich der Interkostalneuralgie an der neuralgische Schmerz in der weiblichen Brustdrüse. Diese letztere Affektion fusst meist auf Hysterie.

Es ist schon früher angegeben worden, wie gut sich die Brustdrüse zu Dehnung en masse eignet. Sitzt nun ein Nervenschmerz in diesem Organ, so wird die ganze Mamma in die beiden vollen Hände genommen, wie ein Kautschukring die Kreuz und Quere gedehnt und 20—30 Sek. gestreckt erhalten mit bester Berücksichtigung der besonders schmerzhaften Stellen. Die Procedur ist für die Patientinnen recht unangenehm, jedoch wohl wert, ausgehalten zu werden, wenn man bedenkt, dass der sonst so hartnäckige und lästige Schmerz zuweilen schon in der ersten Sitzung bezwungen wird.

Ich habe eine ganz alte Mastodynie in zwei Sitzungen so zur Heilung gebracht. Bei einer hysterischen Wanderalgie, wo der Schmerz sehr oft z. B. von der mechanisch behandelten Achsel auf die Mammae übersprang, genügten schon 30 Sekunden, die Algie wieder fortzuscheuchen.

Stets gelang es mir, die Mastodynie in allen mir zur Beobachtung gekommenen Fällen vollkommen und auffallend rasch durch Dehnung en masse zu heilen.

## Neuralgia lumbo-abdominalis.

Ich beobachtete die Neuralgie der Bauchdecken im Gebiet des Ileohypogastrius links in einem Falle von Herpes zoster am Bauche bei einem 34jährigen Herrn. In der Periode des Abblassens des Exanthems störte der Schmerz den Schlaf des Patienten sehr häufig. Sobald ich anfing, die ganze circumskripte schmerzhafte Bauchpartie abends nach dem Bettgehen in derselben Weise wie in Fig. 12 den rebellischen Magen zu dehnen, nahm die Neuralgie ab und der Patient fand wieder seinen guten Schlaf. Die Behandlung musste in diesem Falle etwa 10 Tage fortgesetzt werden, die heftigen Erscheinungen hatten zwar bald nachgelassen, aber lästige Empfindungen hielten noch einige Zeit an.

Bei einem alten, an Diabetes leidenden Herrn gelang es mir nicht, ohne Behandlung des Grundübels, nur auf mechanischem Wege, die bestehende Lumboabdominalneuralgie zu beseitigen. Schmerznachlass trat zwar immer ein nach dem Handgriff, aber stets nur für kurze Zeit. Die Schmerzstellen lagen auch mehr in der Gegend der Austrittsstellen der Nerven am Wirbelkanal, denen beizukommen unmöglich war.

## Coccygodynie.

In den letzten Wochen des März 1893 kam eine junge Frau zu mir, Gravida, welche infolge Fall, der gewöhnlichsten Ursache von Coccygodynie, schon acht Wochen lang heftige, keiner Therapie — Hydrotherapie, Massage und Ichthyolsalben waren versucht worden — weichenden Schmerz in der Steissbeingegend verspürte.

Ich behandelte die Kranke nun in folgender Weise:

Die Patientin steht entblösst vor mir, während ich kniee und mit der linken Hand, resp. Zeigefinger und Daumen derselben, fest am Steissbein halte. Den Zeigefinger der rechten Hand führe ich in die Vagina ein und fasse mit dem Daumen hinter dem Anus an, ziehe nun die sämtlichen vor dem Os coccygis liegenden Weichteile in kräftigem Zuge nach vorn und unten, während die linke Hand den Gegenzug ausführt. Rectum, Damm und vaginale Schleimhaut werden so etwa eine Minute lang in stark gestreckter Position erhalten und nach Entfernung der Finger erklärt die Patientin sofort, zum ersten Male einen bedeutenden Schmerznachlass zu verspüren. Massage hat nie die geringste Erleichterung verschafft. Nach zwei weiteren Sitzungen war die Kranke vollkommen geheilt, was spätere Nachfragen bestätigten.

Nicht gerade als Coccygodynie zu bezeichnen, aber wohl hier anzureihen ist der folgende Fall:

Nr. 57. B. C., 65 Jahre alte Witwe, ihr Leben lang nervös, leidet seit längerer Zeit an heftigem brennendem Schmerz im Mastdarm und Kreuz. Von einem Kollegen waren ihr verschiedene Medikamente, Suppositorien, Bäder u. s. w. ohne Erfolg verschrieben worden. Bei meinem ersten Besuche schien mir nach der Beschreibung der Kranken Mastdarmcarcinom nicht ganz ausgeschlossen, ich mache eine Exploration des Rectums mit dem Zeigefinger; wie ich nichts verdächtiges daselbst entdecke, führe ich den Daumen gleich in die Vagina ein und mache kräftige, ziehende und dehnende Bewegungen mit dem untern Darmrohr. Sofort nachdem ich meine Finger entfernt habe, erklärt die Kranke, das Brennen sei beinahe ganz verschwunden und der Kreuzschmerz bedeutend leichter geworden. Zwei Tage später wiederholte ich das Verfahren, wodurch alle lästigen Gefühle in Kreuz- und Mastdarm beseitigt waren und blieben.

## Neuralgien der Geschlechtsteile.

Nervöse Schmerzen der Geschlechtsteile in Penis, Urethra, Scrotum und Labien sind durch cutane Dehnungen der betr. Partien en masse zu behandeln und meist schnell und sicher zu beseitigen.

Es ist schon oben angegeben worden, wie durch Penisstreckung der brennende Schmerz nach dem Urinieren bei Gonnorhöe kurzweg abgeschnitten werden kann, ein Verfahren, so einfach als sicher, wofür die Patienten dem sie instruierenden Arzte stets dankbar sein werden.

Bei Schmerzen in der Blase, hauptsächlich in Fällen von Hyperästhesie und Blasenkrampf, wirkt der Handgriff, den wir bei Gastrodynie so wirksam erfunden haben, in der Blasengegend angewendet in den meisten Fällen sofort lindernd, oft nach wenigen Sitzungen kramplösend, ein.

Natürlich überhebt die manuelle Therapie hier so wenig als in anderen Fällen den Arzt von der Pflicht, der Krankheit auf den Grund zu gehen und wenn möglich, die Ursache derselben zu entfernen.

## Neuralgien der Extremitäten.

Alle peripheren Algien müssen, wo immer es angeht, nach dem Prinzipe der direkten cutanen und intramuskulären Nervendehnung an der Schmerzstelle selbst angefasst und behandelt werden.

Man darf sich nicht durch theoretische Deduktionen verleiten lassen, einem sog. irradiierten Schmerz nur vom Stamme aus beizukommen zu suchen; jede affizierte Stelle muss für sich in Behandlung genommen und, wenn sie Verhältnisse bietet, wo man das Ausziehen eines Gummischlauchs nachahmen kann, in dieser Manier traktiert werden. Es eignet sich hierzu an den Extremitäten hauptsächlich die Muskulatur am Oberschenkel und Oberarm, sowie diejenige der Waden. Fig. 14 zeigt die Methode deutlich ohne weitern Text, es muss nur wiederholt darauf hingewiesen werden, dass der Arzt ja sich hüte, durch Quetschen und Kneifen den Eingriff für den Patienten unnötig zu einem empfindlichen und schmerzhaften zu gestalten,

Ich beginne die Behandlung der nervösen Schmerzen in den Extremitäten, wo es möglich ist, zwar immer mit Einwirkung auf den Stamm, in zweiter Linie folgt aber stets die Lokaltherapie.

Bei Cervicobrachialneuralgie, wie bei Schmerzen im Gebiete von radialis, ulnaris und medianus allein, wende ich Nervendruck und Zug am Hals in der Art an, wie Fig. 15 es darstellt.

Der Daumen der einen Hand wird oberhalb des akromialen Endes der Clavikula, längs derselben, flach hingelegt, mit dem ganzen Finger nach hinten und unten gedrückt, während mit der andern Hand der Kopf des Patienten kräftig nach der entgegengesetzten Seite hin gezogen wird.

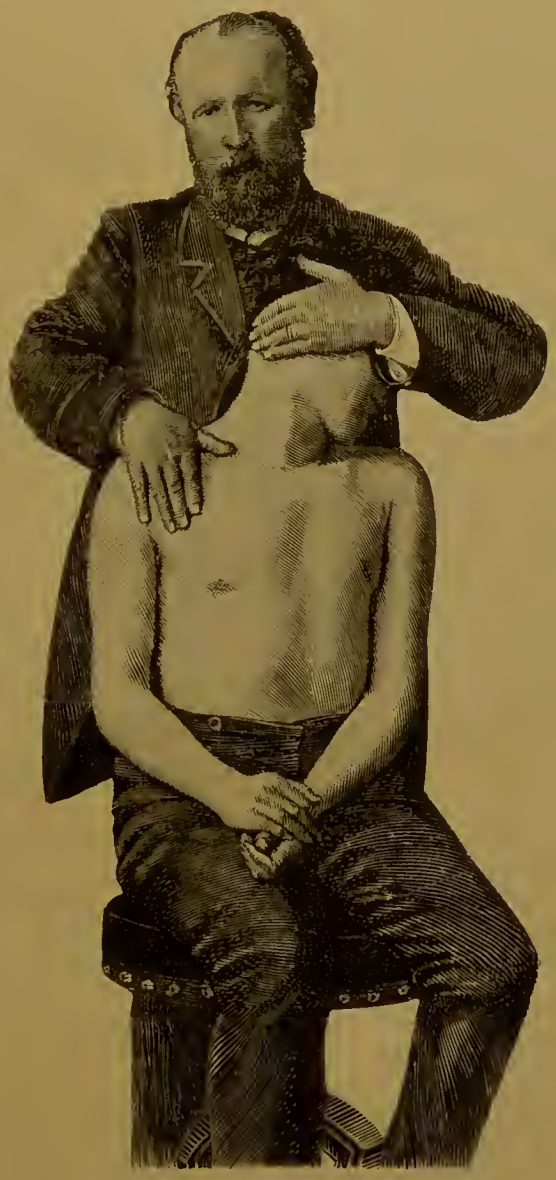
Fig. 14.

Dehnung en masse.

Ohne behaupten zu wollen, dass durch diese Manipulation der Plexus axillaris gerade stark gedehnt werde, kann ich doch konstatieren, dass die Wirkung dieses Handgriffs auf die peripheren Nerven des Arms eine intensivere und nachhaltigere ist,

als die durch sog. Nervendruck. Ganz schön zeigte sich mir der Einfluss dieses Handgriffs z. B. bei einer Frau, welche ich wegen sog. toter Finger zu Gesicht bekam. Die nicht nervöse, aber etwas anämische 45jährige Frau giebt an, seit 14 Tagen täglich um dieselbe Zeit, von 9—11 Uhr morgens, schlafen ihr die vier Finger

Fig. 15.



Dehnung des Plexus axillaris.

der rechten Hand ein und werden blutleer und gefühllos. Bei meinem Besuche, gerade um 9 Uhr früh, ist dies wieder in hohem Mafse der Fall. Ich vollziehe an der Patientin den eben geschilderten Handgriff; bevor eine Minute vergangen ist, sehe ich langsam die Finger sich wieder färben und nach 70 Sekunden sind sie normal

wie diejenigen der andern Hand. Ich füge bei, dass nachher nur noch ein oder zwei Mal sich leichte Anklänge der geschilderten Affektion zeigten und im übrigen das kleine Leiden durch meinen Eingriff beseitigt war.

Abnorme Sensationen im ganzen Arme können ebenfalls vom Plexus aus in angegebener Weise rasch zum Schwinden gebracht werden.

Ein 50jähriger Herr, welcher vor zwei Jahren eine leichte Apoplexie mit vorübergehender Lähmung des rechten Armes durchgemacht hatte und akut an Melancholie erkrankte, klagte besonders über ein schmerzhaftes Gefühl von Brennen in der betr. oberen Extremität. Der Plexusgriff befreite ihn sofort von der lästigen Sensation, dieselbe stellte sich jedoch am andern Tage wieder ein, um bei Wiederholung des Verfahrens ebenso rasch wieder zu weichen. Fliegende, sog. rheumatische, Schmerzen sind durch den centralen Griff besser zu beseitigen, wenn die ganze Extremität mehr weniger befallen ist. Fixe Schmerzen in einzelnen Muskelgruppen oder umschriebenen Hautpartien erfordern Lokalbehandlung nach angegebener Methode.

Von den Nervenstämmen der untern Extremität ist folgendes zu sagen.

Eine direkte Stammdehnung des N. cruralis unterhalb des Poupartbandes ist schwer ausführbar und, wegen der dabei notwendig erfolgenden starken Reibung der Haut, recht unangenehm. Wie dem Ischiadicus beizukommen ist, werden wir bei Behandlung der Ischias erörtern.

Tibialis und Peroneus lassen sich in der Kniekehle sehr gut beikommen und bei peripheren Algien des Fusses oder Unterschenkels leistet Dehnung dieser Nerven oft Vorzügliches. Zur Zeit der Influenza bekam eine Dame wiederholt heftige Neuralgien in beiden Unterschenkeln, welche durch den Handgriff in der Kniekehle mit mathematischer Sicherheit in 1 Minute zu beseitigen waren. Eine alte Frau litt in Rekonvalescenz von einer schweren Pneumonie an einem sehr schmerzhaften Krampf auf

der hintern Fläche des rechten Unterschenkels. Bei meinem Besuche hatte der Schmerz schon drei Tage angedauert, eine einmalige Dehnung in der Kniekehle genügte, die ganze Affektion von der Bildfläche verschwinden zu machen.

Den eigentlichen Wadenkrampf behandle ich immer zuerst in loco und nachher noch mit Kniekehlegriff.

Gelingt es den Muskeltonus zu lösen durch eine kräftige Etirage, so ist das Krampfgefühl sofort weg; um den Nerv in Ruhe zu bringen, wird nachher proximal gedehnt.

Das sonst übliche Reiben der Laien ist ebenso wenig wie die kunstgemässe Massage im stande, so rasch und sicher den Wadenkrampf zu lösen als Muskel- und Nervendehnungen dies thun.

Die krampflösende und schmerzstillende Wirkung der Muskeldehnung en masse zu erproben, hatte ich 3 Wochen lang, z. Z., wo ich diese Zeilen schreibe, Gelegenheit bei einer 64jährigen Dame, Hauspatientin, welche seit 3 Jahren an Schüttellähmung und infolge davon an sehr heftigen und schmerzhaften tonischen Muskelkrämpfen leidet. Biceps und Pectoralis rechterseits sind besonders häufig befallen und fühlen sich, wenn die Kranke über fast unerträgliche Schmerzen klagt, bretthart an. Eine sorgfältige, energische Streckung der fest kontrahierten Muskelmassen löst Tonus und Schmerz stets wieder auf lange Zeit. Die Krankheitsverhältnisse bedingen es natürlich, dass nach Stunden oder halben Tagen die Muskelkrämpfe sich wieder einstellen, dieselbe leicht auszuübende Behandlungsweise führt jedoch immer wieder zu gutem Resultat, unter allen Umständen wirkt sie so prompt und so lange, als eine gewöhnliche Morphiumeinspritzung.

## Ischias.

Bei Behandlung der Ischias, dieser häufigsten und hartnäckigsten Algie der untern Extremitäten, ist Nervendehnung, blutig und unblutig, bereits in ihr Recht getreten.

Die Autoren verfahren bei unblutiger Dehnung folgendermassen.

Dollinger[1]) lässt den Kranken auf dem Rücken liegen während der Arzt vor ihm auf der Bank kniet; dieser legt sich den Unterschenkel der affizierten Extremität auf die Schultern, stützt beide Hände auf die Kniescheibe des kranken Beins und beugt nun bei gestrecktem Knie im Hüftgelenke. Oder, um die Wirkung zu verstärken, wird das Knie des möglichst gehobenen Beines nur mit einer Hand fixiert, während der Operateur mit der andern Hand den Fuss des Patienten anfasst und in Dorsalflexion bringt.

Büeler[2]) hebt die beiden gestreckten Beine bis zur Vertikalen und darüber und drückt dann das kranke Glied gegen die Brust zu, wobei er sich aber durch die Schmerzäusserungen des Patienten leiten lässt, um durch das Verfahren keinen Schaden anzurichten. Oder er setzt den Kranken mit gestreckten Beinen auf den Tisch und macht den Oberkörper desselben vornüberbeugen, so dass das Becken stramm fixiert wird, und

[1]) Dollinger, Julius. Die Massage. Ferd. Enke 1890. S. 119/20.

[2]) Büeler, Fritz. Über Ischias und ihre Behandlung. Festschrift zum Kocherjubiläum 1891.

dann erst wird das kranke Glied gehoben „wie wenn man es neben dem Kopf vorbeiführen wollte."

Das Prinzip beider citierten Autoren besteht darin, bei zuerst fixiertem Becken durch Heben des im Knie gestreckten Beines den Stamm des Ischiadicus womöglich in seiner ganzen Länge, besonders aber an der Austrittstelle zu dehnen.

Ich habe denselben Zweck im Auge, verbinde aber stets mit der indirekten Dehnung so gut als möglich die direkte. Darum lege ich den Kranken auf die gesunde Seite und lasse mir von einem Assistenten das gestreckte Bein in nicht allzu forcierter Stellung festhalten, während ich selber in der Incisura ischiadica, am untern Rand der Glutäen, dicht hinter dem Trochanter major, ferner an der hintern Fläche des Oberschenkels und in der Kniekehle der Reihe nach den Nervenstamm und seine Zweige energisch zu strecken und dehnen strebe.

Ich vollziehe die Manipulationen entweder mit den beiden Daumen oder Zeigefingern, lege wohl auch die beiden Hände Rücken an Rücken übereinander, biege die Zeigefinger in rechten Winkel und bilde mir so eine Art Zange, deren „Zähne" die zweiten Zeigefingerphalangen sind. Diese kommen auf die Nervenstämme zu liegen und beim Beugen der Fäuste können sie eine Kraft entfalten, wie dies sonst auf andere Weise unmöglich wäre.

Schmerzhaft ist mein Verfahren wohl auch, aber lange nicht so eingreifend als die Hyperextension nach Dollinger und das „neben dem Kopf Vorbeiführen" des Beins nach Bücler. Vorsicht ist ja bei der mechanischen Behandlung immer nötig, weil durch allzu energisches Verfahren schon Nervenzerreissungen mit konsekutiven Lähmungen vorgekommen sind.

Die Erfolge richten sich bei der mechanischen Procedur stets darnach, ob die Ursache der Ischias eine heilbare oder unheilbare und der Fall ein frischer oder veralteter sei.

Nur wahre Neuralgien oder alte Neuritiden mit Verwachsungen sollen durch Nervendehnung behandelt werden, während

frische Neuritiden und Fälle, denen Caries, Tumoren etc. zu Grunde liegen, absolut ausgeschlossen bleiben.

In einzelnen Fällen hat sich mir eine Extension des ganzen Beins mit Gewichten sowohl als momentan schmerzlinderndes, wie auch als die Heilung beschleunigendes Mittel sehr gut bewährt.

Wie rasch bisweilen anscheinend recht intensive Fälle durch mechanische Behandlung geheilt werden können, mögen die nachstehenden Krankengeschichten zeigen.

Nr. 58. Im Mai 1892 wurde der 53 Jahre alte Schuster A. U. plötzlich — Hexenschuss — von so heftigen Schmerzen im Kreuz und in der rechten Gesässmuskulatur befallen, dass er bei jeder Bewegung laut aufschrie. Es hielt schwer, mit Hilfe der Frau den Mann in linke Seitenlage zu bringen und eine Extension des im Knie gestreckten kranken Beins bei fixiertem Becken vorzunehmen. Bei manuellen Dehnungen an der Austrittsstelle des Ischiadicus und hinter dem Trochanter kam es fast dazu, dass der Schweiss des Arztes sich mit den Thränen des Kranken mischte. Nach beendeter Procedur aber konnte der Patient, der vorher wie ein Klotz in seinem Bette gelegen hatte, bereits ein wenig gehen und nach weiteren drei Sitzungen fand ich beim folgenden Besuche den Mann schon wieder auf seinem Schusterstühlchen sitzen und arbeiten. Ein Recidiv hat sich nicht gezeigt.

Nr. 59. Ein 75jähriger Müller wurde im kalten Januar 1893, infolge Erkältung natürlich, von so heftigen Schmerzen im Rücken und Bein betroffen, dass er unbeweglich im Bette liegen musste und sich in seinem Jammer nichts als den Tod wünschte. Bei der Beinstreckung nach meiner Methode zeigte er sich sehr empfindlich, liess sich aber schliesslich doch ordentlich zur Behandlung herbei. Da der Mann sehr mager war, gelang die direkte Dehnung mit Druck auf den Nervenstamm am grossen Trochanter sehr gut und nach drei sich Tag um Tag folgenden Sitzungen war der Kranke zwar noch nicht ganz schmerzfrei aber er konnte wieder herumgehen und fand weitere Behandlung nicht mehr notwendig. Er blieb auch nachher gesund.

Nr. 60. Im April 1893 acquirierte der 36 Jahre alte Bahnarbeiter L. M. eine Ischias, welche ihn zwar nicht ins Bett fesselte aber doch arbeitsunfähig machte und sehr belästigte. Behandlung wie in den vorigen Fällen erzielte stets einen momentanen Erfolg, Patient machte besonders jedesmal nach der Sitzung die Angabe, er fühle sich ganz erleichtert und frei im Unterschenkel. Nach zehntägiger, rein mechanischer Therapie nahm der Mann seine gewohnte Beschäftigung wieder auf, ohne gezwungen zu sein, nachher auch nur einmal auszustehen.

Zu gleicher Zeit behandelte ich aber einen jungen Herrn an schon zehn Wochen bestehendem Hüftweh, bei welchem die Nervenerkrankung einen mehr entzündlichen Charakter trug, wo Elektricität, innere Medikamente und hydropathische Proceduren mit Einschluss von Kneippkuren auswärts prakticiert, ganz ohne Wirkung geblieben waren, ebenfalls ohne Erfolg mit Nervendehnungen. Einzig points de feu machten hier einen wohlthätigen Eindruck, ohne jedoch ganz zur Heilung zu führen.

## Keuchhusten.

Bereits im Jahre 1889 machte ich im Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte (p. 417 ff) einen Handgriff zur Unterdrückung des Stickkrampfs beim Keuchhusten bekannt. Derselbe stellt eine Modifikation des Heibergschen Handgriffs bei Asphyktischen dar und besteht in einem Schieben, resp. Ziehen, des Unterkiefers nach vorn und unten. Er gestaltet sich verschieden, je nachdem von vorn oder von hinten an den Patienten herangetreten wird.

Fig. 16.

Keuchhustengriff von vorn.

Fig. 17.

Keuchhustengriff von vorn mit Einhaken im Mund.

## Keuchhustenhandgriff von vorn.

Trete ich von vorn an das Kind heran, so fasse ich mit den Zeige- und Mittelfingern den aufsteigenden Unterkieferast vor dem Ohr fest an, setze die Daumen aufs Kinn und schiebe in kräftigem aber schonendem Zug und Druck den Unterkiefer des Patienten nach vorn und unten, wie Fig. 16 zeigt.

Ist der Mund des Kindes bereits geöffnet, was ja während des Hustenanfalls stets der Fall ist, so hake ich gleich von Anfang an den Daumen oder Zeigefinger einer Hand hinter den vordern untern Schneidezähnen ein, greife mit den übrigen Fingern unter das Kinn und ziehe den ganzen Unterkiefer nach vorn und abwärts. Die andere Hand liegt auf der Stirn des Patienten und vollzieht den Gegenzug. Selbstverständlich muss man sich sorgfältig hüten, einen Druck auf die Zähne auszuüben, die Gewalteinwirkung darf nur den Kieferkörper treffen. Dieser modifizierte Handgriff, welchen Fig. 17 illustriert, ist derjenige, den ich fast allein noch anwende wegen der Einfachheit des Vorgehens und der Sicherheit der Wirkung.

## Keuchhustenhandgriff von hinten.

Kehrt der Patient mir gerade den Rücken zu, so setze ich beide Daumen dicht oberhalb des Kieferwinkels vor dem Ohr an, lege die Zeige- und Mittelfinger aufs Kinn und stosse den Unterkiefer nach unten und vorn. Oder die Zeigefinger greifen unter den Eckzähnen in den Mund und helfen den Zug in besagter Weise rasch ins Werk zu setzen. Fig. 18.

Sobald der Kiefer gelüftet ist, wird das Kind aufgefordert, tief einzuatmen und wenn dies geschehen kann, ist der Krampfanfall ganz sicher für einmal beseitigt.

Der Handgriff ist so einfach und leicht zu vollführen, dass ihn jede verständige Mutter oder Wärterin zu stande bringt, ja ältere Geschwister an kleineren Kindern ausüben können; zudem ist er absolut schmerz- und beschwerdelos, darum sträuben sich verständige und gut gezogene Kinder nicht nur nicht dagegen, sondern, wenn sie den herrlichen Erfolg einmal an sich verspürt haben, springen sie herbei, sobald sie den Husten kommen fühlen, damit man sie behandle. Oft versuchen die Kleinen sogar die Manipulation an sich selber zu vollstrecken.

Allerdings müssen die Kinder willig und gut erzogen sein; wenn sie sich unsinnig sträuben und wehren, ist es unmöglich, den Handgriff an ihnen zu vollziehen. Ich lege daher Gewicht darauf, dass die Angehörigen selbst die kleine Manipulation erlernen, vom Arzt lassen sich bekanntlich die Kinder am wenigsten anrühren. Prof. Hagenbach-Burckhardt in Basel schrieb mir s. Z.,

sie hätten auf der Kinder-Poliklinik zum Teil ausgezeichnete, aber auch weniger eklatante und gar keine Erfolge mit meinem Handgriffe bei Keuchhusten erhalten; giebt aber gleichzeitig zu, dass er rein auf den guten Willen der Angehörigen der Kranken angewiesen war und weder er selbst noch seine Assistenten den Handgriff persönlich prüfen konnten.

Nach meinen hundertfältigen Experimenten darf ich mich mit Bestimmtheit dahin aussprechen, dass Misserfolge immer nur auf unrichtige Ausführung infolge Opposition der Kinder oder mangelnder Energie der Behandelnden zurückzuführen sind. Es ist mir dasselbe auch von vielen Eltern bestätigt worden.

Ich würde besorgten und verständigen Eltern darum den Rat erteilen, beim Herannahen einer Keuchhustenepidemie ihre Kinder zum voraus auf den Handgriff einzuüben, gerade so, wie vernünftige Erzieher die Kleinen vor Auftreten der Diphtherie gurgeln lernen.

Fig. 18.

Keuchhustengriff von hinten.

Der wirklich stupende Erfolg bei korrekter Ausführung des Handgriffs ist der kleinen Mühe wohl wert. Nach wenigen Sekunden schon ist der Stickkrampf wie abgeschnitten; Erbrechen, Blutungen und andere Komplikationen, die der erhöhte Blut-

druck im venösen System erzeugt, bleiben vom Krankheitsbild ausgeschlossen.

Wenn auch die Krankheit selbst durch Ausschalten der einzelnen Stickanfälle nicht gleich coupiert werden kann, so wird doch ihre Dauer bedeutend abgekürzt und der Charakter derselben bleibt ein durchaus gutartiger. In der Nacht kann an den Kindern manipuliert werden, meist ohne dass sie erwachen.

Die Wirkung meines Verfahrens auf den Stickkrampf erkläre ich sowohl durch das mechanische Lösen des Tonus der Halsmuskulatur als auch dadurch, dass beim Heben von Kehlkopf und Zungenbein, wie dies das Lüften des Unterkiefers bewirkt, der Kehldeckel geöffnet und die Stimmbänder entspannt werden. Kappeler (Anaesthetica S. 126/27 und Illustrationen S. 218/19) hat darüber sehr instruktive und beweisende Versuche angestellt.

## Nervöse Schlaflosigkeit.

Die Handgrifftherapie würde ihren schönsten Triumph im Kampfe gegen Narcotica und Alkohol feiern, wenn es ihr gelänge, die nervöse Schlaflosigkeit durch ein mechanisches Verfahren prompt und sicher zu besiegen. Zwar ist ihr hierin bereits die Suggestionsbehandlung, wenigstens teilweise, zuvorgekommen, aber die Erfolge dieser Disciplin sind noch sehr lückenhaft, abgesehen davon, dass durch Abstreifen des mystischen Gewandes das Ansehen des ärztlichen Standes nur gewinnen könnte.

Mein Bestreben geht dahin, den Schlaf, ähnlich wie er physiologisch sich einstellt, durch Beeinflussung der intrakraniellen Circulationsverhältnisse herbeizuführen.

Wegleitung hierzu gaben mir die zahlreichen Erfahrungen beim KStrG. Wie unter der Besprechung dieser Manipulation zu ersehen ist, erklären viele Patienten während des Redressement, sie werden taumlig und schläfrig, sie könnten gerade einschlafen und dgl. Es lag auf der Hand, diese Erfahrungsthatsache nutzbringend bei Agrypnie zu verwerten. Dabei kam jedoch in Betracht, dass nur bei einem Teil Behandelter diese Erscheinung sich einstellte und dass gerade bei Schlaflosen die Manipulation zu lange oder zu häufig wiederholt vollführt werden müsste, um zum Ziele zu gelangen.

Um die Sache für den Arzt zu vereinfachen, konstruierte ich daher ein Rosshaarkissen mit etwas nach rückwärts neigendem Planum für den Kopf, so dass der Schlaflose in leichter

Redressementstellung im Bett hätte liegen müssen. Mein Versuch scheiterte aber an der eingefleischten Gewohnheit des Publikums, nicht ohne Federkissen und nicht auf dem Rücken liegend schlafen zu können. Bei einzelnen Personen, wo diese Verhältnisse nicht zutreffen, würde vielleicht diese geschilderte einfache Lagerungsmethode doch zum Ziele führen und rate ich an, gegebenen Falls weitere Versuche zu machen.

Die besten Erfolge hatte ich mit dem folgenden, an mir selbst vielfach erprobten Verfahren.

Ausgehend von dem Gedanken, das Nicken beim Einschlafen als einen Fingerzeig der Natur anzusehen und nachahmen zu lassen und zugleich durch ein leichtes Wiegen des Kopfes das Einschläfern zu begünstigen, verhalte ich den Schlafsuchenden dazu, mit dem Kopfe langsam kleine eliptische Kurven zu beschreiben.

Bei geschlossenen Augen neigt man z. B. den Kopf zuerst leicht nach der linken Seite, dann nach vorn und unten, hernach rechts seitwärts, ziemlich stark nach rückwärts, dann wieder nach links u. s. f., so dass in langsamem Kreisen 14 bis 18 Touren in der Minute gemacht werden.

Von der schlafmachenden Wirkung dieses Einwiegens kann sich jedermann sofort überzeugen, man wird kaum mehr wie 60 Elipsen zu beschreiben haben, um schläfrig zu werden, besonders wenn man ein ruhiges, gleichmässiges Tempo wählt und nicht vergisst, beim Rückwärtsdrehen mit dem Kopf recht tief zu greifen.

Das Verfahren hat aber den Übelstand, dass es im Bette nicht gut ausgeführt werden kann ohne Aufsitzen. Viele bringen es zwar in Seitenlage zu stande, stören sich dabei aber wieder durch die knisternden Reibungsgeräusche, die am Kissen entstehen, manchem hingegen bringt es doch den gewünschten Sorgenlöser.

In letzterer Zeit habe ich angefangen, die Schlaflosen im Bett selbst zu behandeln.

Zuerst wird Redressement vorgenommen; nach 2 Minuten lege ich den Kopf des Patienten in meine beiden Hohlhände, fasse z. B. in die Linke das Kinn und den Scheitel in die Rechte und vollführe in ruhig gleichmässigem Tempo 60 bis 100 mal die Kopfkugelungen; zum Schlusse bette ich den Kopf sanft ins Kissen und überlasse den Kranken dem Schlafe, der nicht ermangelt in vielen Fällen einzutreten.

Meine Versuche in dieser Richtung sind noch zu wenig zahlreich, um mir ein abschliessendes Urteil zu gestatten, aber ermunternd genug, um den Wunsch aussprechen zu dürfen, es möchten die Kollegen sich freundlichst bemühen, weitere Proben mit dem ebenso einfachen als unschädlichen Verfahren anzustellen. Mit der Unterstützung meiner Standesgenossen wird es mir wohl noch gelingen, das eingangs gestreifte Ziel zu erreichen; ist doch das ganze System weiterer Vervollkommnung, tieferer Fundamentierung und solideren Ausbaues fähig!

Erst in allerletzter Zeit habe ich z. B. noch mit Versuchen bei Psychosen begonnen und mir dazu vorerst Melancholiker mit Präcordialangst auserwählt. Mein MG. (Fig. 12) wurde ausnahmslos als ausserordentlich wohlthätig und erleichternd empfunden, bei einzelnen Kranken verschwand das Druck- und Angstgefühl auf dem „Herzen“ vollständig und machte einer stunden-, ja tagelangen Euphorie Platz. Weitere und lange Zeit fortgesetzte mechanische Behandlung wird zeigen, welche Erfolge man bei diesen Kranken durch Konsequenz zu erzielen vermag.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE